

DIN CUPRINS

Prime reflecții asupra psihosomaticii
Există maladii psihosomatice? Studiul a trei exemple
Psihoză și psihosomatică
Locul privirii în concepția psihosomatică
Timpul corpului
Durere și suferință
Despre economie în psihosomatică
Cercetarea în psihosomatică
Nosografia
Psihosomatică și contratransfer

JACQUE
CĂIN

Psihanaliz S psihosomatic

ISBN 973-9419-00-3

EDITURA T

PSIHANALIZĂ ȘI PSIHOSOMATICĂ

▲

JACQUES CAÏN

PSIHANALIZĂ ȘI PSIHOSOMATICĂ

Traducere din limba franceză de
Rodica Matei



EDITURA TREI

Editori: Marius Chivu
Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

Coperta: Dan Stanciu

„Să știți că nu pătrundem
în carte decât după ce am fost
deposedați de ea. Astfel noi nu
sălășluim decât în pierderea
noastră”, spunea el.

Edmond Jabès.

Prezenta traducere a fost realizată după originalul francez
„Le champ psychosomatique” de Jacques Caïn, PUF, 1990.

© Presses Universitaire de France, 1990
© Editura TREI, 1998, pentru această versiune

ISBN 973-9419-00-3

CUPRINS

Introducere /	7
Prime reflecții asupra psihosomaticii /	10
Există maladii psihosomatice? Studiul critic a trei exemple /	30
Psihoză și psihosomatică /	70
Locul privirii în concepția psihosomatică /	83
Timbul corpului /	98
Durere și suferință /	109
Despre economie în psihosomatică /	121
Cercetarea în psihosomatică /	132
Nosografia /	145
Psihosomatică și contratransfer /	161
Ca urmare... /	171
Bibliografie /	173

INTRODUCERE

Psihosomatica în calitate de concept cu aplicațiile sale într-un domeniu pe care l-ar dori bine delimitat, a cunoscut o evoluție puțin obișnuită. Abordată de neurofiziologi care invocă apartenența lor științifică, dar și de medici mai mult sau mai puțin organiciști, psihanaliza a fost cea care până la urmă a permis să se arate, după destule ocolșuri, că neclaritatea limitelor sale era o condiție necesară existenței sale și că, chiar în interiorul corpului pe care ea încerca să-l delimiteze, psihosomatica nu putea fi clar caracterizată.

Implicații în istoria sa, de la înflorirea ei în Franța până în jurul lui 1950, am fost supuși ca mulți alții tentației de a funda acest tip de cercetare pe un raport artificial presupus între corp și spirit, grație construcțiilor teoretice de la a căror fascinație îți era greu să te sustragi.

Schimbările la care noi am participat începând din acea perioadă îndepărtată, ne-au condus la reflecția care stă la baza lucrării noastre prezente, dar trebuie înainte de toate să ținem cont de o observație esențială: nu doar psihosomaticianul este cel ce s-a schimbat, ci în aceeași măsură, obiectul cercetării sale nu mai este același și singurul care a persistat de-a lungul tuturor acestor ani este mijlocul prin care îi reperăm sensul, adică psihanaliza.

Trebuie să mai adăugăm că psihanaliza nu este cu siguranță un instrument rigid sau o metodă a cărei aplicare ar fi independentă de materialul pe care se aplică: chiar și când este în discuție corpul, trebuie spus că există un tot indisociabil care este delimitat doar pentru comoditate, și anume analistul, analizatul și obiectul ales.

Pentru a arăta cum a avut loc evoluția concepției psihosomatice, ne-a venit la început ideea să reluăm un text vechi apărut în 1971 sub titlul *Simptomul psihosomatic* și să îl comentăm. Dar ceea ce, într-o manieră mult prea largă și în mod intenționat nedefinită, noi numeam

„problema psihosomatică”, a devenit din acea perioadă altceva, rămânând același lucru totodată, contradicție care nu ar putea tulbura decât pe cei ce nu sunt analiști, astfel că am abandonat această primă intenție.

Cu siguranță vom face pe alocuri referire la ceea ce am scris deja, pentru a arăta cum putem, în etapa actuală, considera în manieră diferită, ceea ce a fost exprimat atunci. Procedând astfel, vom remarca faptul că nu lucrurile în sine sunt cele ce s-au schimbat, ci percepția asupra lor nu mai este aceeași. Textul pe care îl prezentăm deci aici este într-o anumită măsură o altă manieră de a adapta trecutul, ținând cont de tot ce i s-a adăugat de atunci, termenul de trecut fiind al verbului și al scrierii. Vor exista desigur lipsuri, dar acestea, dacă afectează forma, nu ating fondul; mai mult chiar, ele fac parte dintr-un anumit tip de gândire cu totul specific psihanalizei, pentru care prin definiție este exclusă rigiditatea.

Aceasta despre structura lucrării. Dar pentru că este vorba despre o muncă ce se pretinde până într-un anumit punct personală, nu pot lăsa în umbră ce a reprezentat pentru mine o asemenea formă de muncă. A revedea cu un ochi critic, chiar dacă este binevoitor, în orice caz niciodată neutru, o cere narcisismul, ceea ce ai scris cu douăzeci de ani mai devreme, aceasta nu poate avea loc fără să genereze, (sau să fie susținut de) o dinamică în care termenul de reflectare capătă sensul său extrem, de ceea ce reunește forma și fondul, corpul și spiritul, imaginea și cuvântul, într-o nouă modulare.

Există aici o anumită fidelitate față de sine în recunoașterea faptului că imaginea reflectată nu mai este aceeași când trece timpul. Fidelitate care apare aici în faptul că cea căreia îi era dedicată prima lucrare este aceeași; și că aici se regăsește aceeași afecțiune față de prietenul meu Michel Sapir.

Munca noastră va avea în vedere deci ceea ce obișnuim acum să numim „psihosomatică” după perspectivele următoare pe care le vom aprofunda succesiv.

Într-un prim timp vom vedea într-o manieră globală cum se pune ansamblul problemelor inerente cheștiunii psihosomatice atât pe plan teoretic cât și pornind de la actuala reevaluare a unei experiențe clinice. Apoi vom încerca să precizăm în legătură cu *trei exemple clinice*,

dacă termenul de maladie psihosomatică mai are actualmente un sens. În capitolul următor sunt abordate raporturile între psihoză și corpul bolnav, care pun problema legăturii profunde între aceste două stări ale patologiei. Reluând apoi o perspectivă dinamică, vom aborda un loc important unui factor perceptiv esențial studiind *privirea* ca fiind legată de însuși conceptul de psihosomatică. De importanță la fel de mare, ne va reține atenția *inscrierea temporală* a tuturor acelor noțiuni în care corpul și psihicul sunt marcate de o anumită durată. Un capitol este apoi consacrat modului în care *durerea* este integrată ca element constitutiv al corporalității, fie ea normală sau deviantă.

Aceste aspecte în care fizicul și psihicul se regăsesc dincolo de orice dualism, conduc la o abordare mai conceptuală, în care este discutată noțiunea de economie, ca și modul în care este efectuată cercetarea în acest domeniu.

Ultimele două capitole consacrate nosografiei și avatarurilor sale, ca și importanței relației transfer–contratransfer ca elemente esențiale în definirea a ceea ce reprezintă psihosomatica, vor fi în final consecințele într-o cântă obligatorii a ceea ce vom expune. Domeniul psihosomatic nu se poate defini efectiv, decât dacă nosografia pe care se sprijină este reinnoită în întregime și dacă limitele sale sunt fixate de ceea ce se leagă, într-un mod despre care vom arăta că este specific, între analizant și analist în timp ce este pus în joc corpul.

PRIME REFLECȚII ASUPRA PSIHSOMATICII

„Dificultatea, putem spune chiar imposibilitatea dificil de diminuat în planul logicii formale, este următoarea: a scrie un Tratat asupra unui subiect a cărui definiție nu este cunoscută. Căci nu există opere bine realizate decât asupra unei teme ale cărei limite sunt precizate, atât ca suprafață, cât și ca profunzime. Astfel, această lucrare asupra Medicinii psihosomatice ar trebui considerată ca o tentativă de cercetare, ca o cale posibilă pentru a înțelege ce ascunde semnificantul psihosomatic.” Astfel începea prima noastră reflecție asupra simptomului psihosomatic în 1971 și după ani, aceeași formulă capătă un sens diferit: ceea ce era pe atunci o dificultate, ne apare acum ca fiind o necesitate absolută, purtând în ea însăși roade. Nu scriem astăzi decât despre prezenturi nefinalizate, căci în afara cazului în care nu vizăm decât redundanța, tocmai pe fondul domeniilor nelimitate cercetarea poate fi continuată.

Acestea în ceea ce privește demersul, căci în ceea ce privește însuși termenul de psihosomatică, interogațiile se situează încă în jurul său. Și anume dacă este potrivit, sau dacă există pentru a ascunde ceea ce este necunoscut, ba chiar ceea ce nu poate fi cunoscut, dacă clarifică cu adevărat sau dacă nu are în realitate drept scop decât să ascundă o lipsă pe care nu vrem să o cunoaștem.

Aceste întrebări preliminare ne pun deja într-o situație incomodă și percepem riscurile pe care le atrage după sine: a face din psihosomatică un obiect de cercetare exterior, o chestiune psihosomatică cum spuneam în introducere, obiect care ar fi prezentat cu ușurință ca fiind în afara observatorului, în același mod în care astronomii studiază planetele despre care cred că sunt obiecte situate doar în cer. Risicăm, făcând astfel, să ținem un discurs asupra psihosomaticii privite ca un domeniu aparte și să evităm astfel problema esențială, aceea care apare la un psihanalist când într-o relație detașată aparent de ori-

ce realitate organică, corpul apare cu istoria sa întotdeauna prezentificată.

Pe scurt, iată-ne dintr-o dată puși în fața unui dublu demers, unul cu siguranță necesar dar restrictiv, fiind de ordinul obiectivității observației; celălalt mai apropiat de ceea ce conține analiza, adică de un amestec continuu și indisolubil de teorie și practică, contează înainte de toate ca fundament, analiza transferului și întoarcerea perpetuă la un eu îndetășabil de celălalt care vorbește, adică contratransferul.

Astfel, după ce va fi observat numeroși bolnavi purtători de leziuni organice, după ce va fi văzut apărând la nevrotici leziuni care le afectează corpul, cel care se interesează de psihosomatică va avea moduri diferite de interviu și ascultare. În demersul său personal, el încearcă bineînțeles să înțeleagă, fie că are surpriza unei vindecări sau ameliorări, fie că se confruntă cu un eșec. De asemenea, el citește mai întâi ceea ce alții au scris despre psihosomatică, și aici trebuie să recunoaștem, incurcătura sa este mare, cu riscul de a fi împărțit între cei care calchiază determinismul unei maladii organice peste cel al unei nevroze și cei pentru care fiecare maladie este acompaniată de un caracter specific. El este mai apropiat, și aceasta nu diminuează îndoilele sale, de cei pentru care rămâne un anumit mister. Întoarcerea permanentă la Freud se face atunci cu un ochi în alt fel deschis. Căncelul lui Freud este desigur tulburător, mai mult decât tusea Dorei al cărei sens, adevărat sau fals, este destul de bine clarificat; încă mai atrăgătoare căci își păstrează misterul, sunt borborigmele Omului cu lupi care se interpuneau în discursul analitic.

Vine atunci momentul în care analistul se întreabă ce face, și reflecțiile sale lasă atunci la o parte aportul altora pentru a se întoarce să aprofundeze într-o manieră generală motivul acestei investiții și aceasta pornind de la propriile sale relații transferențiale. În acest caz, deseori o vorbă neînsemnată este cea care declanșează mișcarea, așa cum un rest diurn alimentează un vis gata deja să exprime dorința, și amintirea imprevizibilă imediată care a declanșat, acum destul de mult timp, o reflecție deja pregătită: un coleg îmi spusese, într-o formulare în care în spatele umorului se ascundea bineînțeles un adevăr evident, că „a face ceva în psihosomatică este din nevoia de originalitate”. În sensul de a nu urma același drum ca ceilalți analiști și, mergând către corp, a aborda un domeniu mai puțin banal. Nevoia de ori-

ginalitate nu mă speria, și nu trebuia să caut departe pentru a regăsi această necesitate pentru ceva diferit, care îi cuprinde pe toți psihanalizii prinși în ambiguitatea unui melanj între individualismul absolut și recunoașterea unei filiații univoce.

Dar plecând de la această formulă „a face în corp“, aveam la ce visa. A face „cu“ nu m-ar fi jenat atât; cu sensul dublu de obligație (suntem obligați să facem cu ceea ce avem, materie, inteligență, corp, bani etc.); și de adverb care prin definiție semnifică acompanierea (a fi cu, este a avea un altul, obiect sau subiect, mai mult sau mai puțin apropiat de sine, dar întotdeauna separabil). A face „în“, era cu totul alt lucru: cine era în interiorul celui alt și de care interior era vorba? Și de ce cu anumite forme de discurs suntem înăuntrul într-o anumită manieră, iar cu alte discursuri, interiorul este diferit. Reveneam apoi la termenul „original“ despre care nu observasem în imediat că nu era atât de simplu cum voisem să trag concluzia (în sensul de a exclude) de îndată. Este o mare apropiere între original și originar și trebuia să fie vorba și despre acest lucru.

Era deci indicată calea care mă făcea să mă întorc la propria mea analiză, oricât de îndepărtată ar fi ea, la raporturile mele cu propriul meu analist, o dată analiza terminată (căci la legăturile pe care le avem ulterior cu cel la care ne-am întins pe canapea, se adaugă o diferență: și el are un corp) sau după tranșele ulterioare pe alte divanuri cu repetarea aproape a aceluiași proces; toată această întoarcere amestecându-se cu acum-ul celor ce se întind pe canapea în fiecare zi. În final ecoul atinge esențialul: subiectul evitat până acum în esența sa, a fost poate maladia (reală) conducând la moarte (reală) și, pentru a termina, la propria moarte.

În analiza nevroticilor totul se situează într-un registru eminamente fantasmatic în care limbajul permite descifrarea alegorică; ochiul autentic crăpat al lui Œdip nu mai este prezent. El este pe scenă, cel mai des chiar în culise. Și în mod similar dacă ciurma care făcea să se înfioare Teba, este larg descrisă, noi nu-i cunoaștem efectele decât printr-o istorie povestită; sunt departe de noi pustulele, buboaiile de abia amintite și nu atingem nici o clipă cu degetul corpurile tebanilor muribunzi. Fiecare poate să se liniștească cu faptul că emascuarea nu există decât la populațiile sălbatice sau în vremuri care nu ne mai aparțin. Pentru noi castrarea este cea care contează, mit înalt elaborat

și pus în cuvinte. Dar de mutilarea genitală ține cont și în anumite cazuri acționează doar alienatul.

Or, poate că în acest domeniu își găsește locul psihosomatica, sau cel puțin aici se încearcă să fie plasată. Mai bine zis, psihosomatica se plasează în momentul în care subiectul este în mod real mutilat, sau sângele despre care putem eventual vorbi este un lichid roșu, vâscos, capabil să se coaguleze, unde castrarea concret înfăptuită nu mai are doar un simplu raport de semn cu fantasma denumită în același mod.

Ne simțim întotdeauna în largul nostru în nevroze, căci în voiajul în doi al analizei suntem în același vagon. Chiar dacă este avută în vedere moartea, este vorba întotdeauna de moarte simbolică, despre care știm că este amăgire și că supraviețuim în acest plan prin numele nostru, obiectele noastre, amintirea noastră. Într-un fel, a accepta moartea simbolică, înseamnă a refuza moartea reală a cărei caracteristică este că nu putem decât să vorbim despre ea, adică să o negăm prin însuși procesul care o face să treacă în discurs. Și tot astfel am putea spune, se întâmplă și cu corpul despre care simplu fapt de a vorbi îl situează la un nivel diferit de cel la care este fără îndoială în necunoscutul de care rămâne legat.

Este de la sine înțeles că asemenea reflecții n-au scăpat tuturor acelor care se interesează de corp în psihanaliză: cea mai mare parte a lor în orice caz, și aceasta se vede clar, depășesc filigranul pentru a atinge aproape scrisul, în evoluția definițiilor date în psihosomatică. Astfel este exemplificator că dacă la început psihosomatica se definea prin criterii simple, foarte rapid această simplitate a fost demascată ca iluzie și s-a ajuns la o problematică cu totul diferită.

Într-adevăr, una din primele definiții ale psihosomaticii părea suficientă, în orice caz practic, pentru a o delimita după doi parametri:

— unul restrictiv, definit de Medicina psihosomatică drept studiu al componentelor psihice ale tuturor maladiilor considerate până atunci drept organice;

— celălalt, extensiv, așază sub același termen studiul acompanymentului psihologic al tuturor maladiilor.

Vedem aici domeniul problemei care, pe de-o parte, merge către specificitate (de exemplu, există o diferență dinamică între diabetul obișnuit și diabetul psihosomatic, sau între diabet și hipertensiune arterială); și pe de altă parte, către psihologia medicală (de exemplu: a forma medici pentru o relație psihologică).

Or, nu fără motiv această a doua perspectivă a luat-o înaintea primei. Și dacă primele lucrări se refereau la specificitate, cercetările actuale se orientează la fel de bine către psihologia medicală, termenul fiind înțeles în sensul său cel mai vast. Astfel că astăzi trecerea în revistă a lucrărilor de psihosomatică mă pune în fața acestor două orientări, despre care putem spune cel puțin că sunt foarte diferite.

În realitate tendința actuală evocă, fără a o preciza, o altă definiție și autorii francezi consideră astfel că termenul de psihosomatică nu mai năzuiește să definească un tip particular de medicină, ci a delimita o ordine psihosomatică (Marty), o domeniu de cercetare (Sapir), o dinamică și o clinică originale, chiar într-o manieră mai largă încă să aibă ca scop progresul teoriei psihiatrice lămurindu-ne asupra preluțiilor vietii fantasmice (Fain). În orice caz, și oricare ar fi concepția avută în vedere, putem spune că corpul subiectului este aici pus în discuție cu un anumit dram de realitate, ceea ce evident nu este cazul în nevroză, chiar dacă ele au căpătat un mod de expresie în mare parte corporal.

Toate acestea ne conduc la a pune problema la un alt nivel: ceea ce este comun în psihosomatică nu este atât câmpul asupra căruia lucrăm, deși ne vom ocupa de el, ci mai degrabă cei care, în cea mai mare parte partizani ai psihiatriei, se interesează în maladie de un alt lucru decât în nevroză, psihoză sau perversiune. Astfel încât punctul comun poate fi determinat astfel într-o manieră aparent simplistă, și anume că cel ce definește psihosomatica este psihosomaticianul. Se pune acum întrebarea următoare: prin ce este, acest psihosomatician, deosebit? Și mai precis de ce, deși există un domeniu de studiu la fel de larg ca cel definit de Freud (funcționarea mentală și avaturile sale), totuși se interesează el de ceea ce în general nu îi atrage decât pe interniști? Suntem analiști, și în această calitate punem întrebarea, încercând să o rezolvăm. A spune că chestiunea se situează la nivelul dorinței analistului, în contratransferul său, și prin aceasta în reziduul neanalizat în propria analiză didactică, este aspectul care,

așa cum am putut deja vedea, îl vom pune la început ca ipoteză de studiu împreună cu un al doilea aspect de asemenea fundamental: și anume că psihosomatica face în orice caz să intervină corpul și istoria lui (38).

Bazându-ne astfel pe corpul și pe istoria subiectului, referirea la Roland Barthes (19) ne apare pertinentă când scrie: „Istoria are un raport permanent cu fantasma. Este ceea ce înțelesese Michelet: istoria este, în cele din urmă, istoria legăturii fantasmice prin excelență, și anume a corpului uman.” Vedem subliniată aici ambiguitatea relației dintre corp și istorie, un scriitor referindu-se la un altul de-a lungul unui adevăr corporal în care se leagă în întregime fantasma și realul, visul și accidentul, eșecul și reușita. Relația devine mai clară încă atunci când în această lecție inaugurală Barthes scrie că corpul său este istoric și că este mult mai în vârstă decât el însuși, omagiiindu-l astfel pe Michelet căruia îi datorează între altele „faptul de a fi descoperit locul suveran al istoriei printre științele antropologice și forța suverană a scrisului din moment ce cunoașterea acceptă compromisiul cu el”. Omagiul adus de filosof istoricului este emoționant dacă ne gândim la corpul deja bătrân al unui Michelet care regăsea prin dragostea lui Athenais suflul nou al propriei sale istorii, în întregime reconstituit.

Corpul creează istorii iar Michelet, o vedem în jurnalul său (17), știa multe despre el, pomind de la tânăra sa soție a cărei simptomatologie clinică nu ar fi făcut disonanță în *Studiul asupra isteriei*. Corpul are și el o istorie dar una din probleme ar fi să știm dacă toată aceasta este un roman, adică un text făcut atât pentru ceilalți cât și pentru sine, cu o parte de realitate, o parte de apărare și o mare parte de ficțiune, la fel ca romanul familial; sau dacă este vorba despre un text ale cărui origini și scop sunt diferite. De fapt, noi suntem cu toții interesați de corp și de istoria lui și trebuie să existe un roman corporal al normalilor nevrotici așa cum trebuie să existe un roman corporal al psihicilor. Suntem cu certitudine cu toții la fel de total implicați când un Cotard ne vorbește despre corpul său vid și în consecință etern, ca atunci când vedem imaginea unui star oarecare care își dezgolește corpul ascunzându-l sau a unei oarecare Marquise hemoptizice; istoria corpului celui alt implică neapărat propriul nostru corp, și reconstrucția acestei relații este în mare măsură rezultatul proiecției

dorinței noastre, la fel cum orașele îngropate sunt reconstruite după bunul plac al celui care le-a descoperit.

Istoria corpului este, ca toate istoriile, o relatare făcută ulterior plecând de la observații, amintiri, percepții în care subiectul și anturajul său sunt legați printr-un suport care va trece de la fuziunea inițială la relativa individualitate ulterioară. Deci, ca orice altă istorie, istoria corpului este o istorie a prezentului în măsura în care ea este în mod obligatoriu, prin enunțarea discursului, reluată în actual, chiar dacă ea utilizează pentru a se exprima verbe la trecut, chiar dacă forma acestora din urmă capătă un aspect finit.

Roland Barthes ne lămurește și aici când, la sfârșitul lecției sale, scrie acest pasaj pe care îl vom cita în întregime:

În cealaltă zi am recitat romanul lui Thomas Man (173), Muntele vrăjtit. Această carte pune în scenă o boală pe care am cunoscut-o bine, tuberculoza; prin lectură țineam laolaltă în conștiința mea trei momente ale acestei maladii: momentul anecdotiei, care are loc înainte de războiul din 1914, momentul propriii mele boli, în preajma lui 1942, și momentul prezent în care acest rău, învins prin chimioterapie, nu mai are deloc același aspect ca odinioară. Or, tuberculoza pe care am trăit-o este, cu foarte mică aproximație, tuberculoza din Muntele vrăjtit: cele două momente se confundau, la fel de îndepărtate de prezentul meu. Mi-am dat seama atunci cu stupefacție (singure evidențele pot stupefia) că propriul meu corp era istoric. Într-un sens corpul meu este contemporan cu Hans Castorp, eroul din Muntele vrăjtit. Corpul meu care nu era încă născut, avea deja 20 de ani în 1907, anul în care Hans pătrundea și se instala în țara de sus; corpul meu este mult mai bătrân decât mine, ca și cum noi păstrăm încă vârsta fricilor sociale pe care, prin hazardul vieții, le-am simțit. Deci dacă vreau să trăiesc, trebuie să uit că corpul meu este istoric, trebuie să mă arunc în iluzia că corpul meu este contemporan cu tine-rele corpuri din prezent, și nu cu propriul meu corp, trecut. Pe scurt, din când în când, trebuie să renasc, să devin mai tânăr decât sunt. La 51 de ani, Michelet începea a sa vita nuova: o nouă operă, o nouă iubire.

Scriitori sau practicanți ai analizei, noi împărtășim în orice caz această idee că despre istoria corpului, despre începuturile sale cel puțin, nu putem cunoaște decât construcții; și printru toate construcțiile care ne sunt oferite (este de ajuns să citești pentru a le vedea multitudinea) noi luăm aici de bune nu pe cele care sunt eficace, căci eficacitatea nu a fost niciodată un criteriu analitic, ci pe cele care au posibilități de descoperire. Știm bine că de fapt calitatea unei teorii nu constă atât în eroarea sau adevărul pe care le presupune ci că ea depinde mai ales de posibilitatea sa de a genera alte teorii sau alte fantasmе; pentru noi în orice caz aici este definiția a ceea ce numim știință analitică.

Arătând astfel sensul în care plasăm istoria corpului, se impune un alt aspect preliminar, care face necesară comparația între evoluția teoriilor analitice și evoluția conceptelor psihosomatice. Suntem aici încă pe un teren istoric dar este vorba de data aceasta de istoria comparată, despre care știm că valoarea ei, deseori pur analogică, este o capcană periculoasă.

De îndată ce am ridicat ca adevărat această problemă, suntem frațați de faptul că psihopatologia analitică a afecțiunilor somatice a urmat un drum foarte diferit de cel al nevrozelor. În stările mai mult sau mai puțin morbide a căror expresie este înainte de toate psihică, tabloul este exprimat printr-un discurs care, fără a constitui fundamentul său, este totuși legat de el și, în aceste stări, sistematizările precizate ale debutului analizei au lăsat treptat loc unei exprimări imprecise, apropiată de constatările obișnuite. Chiar și pe planul nosografiei, așa cum o vom vedea mai târziu, acolo unde unii insistă asupra schimbării tablourilor clinice oferite de pacienți (ar exista mai multe stări limită și nevroze de caracter decât isterie și obsesie), suntem în drept să ne întrebăm dacă de fapt nu ochii noștri și prin urmare conceptele noastre sunt cele care s-au schimbat, spectacolele fiind similare.

Astfel, în cazul în care la începutul secolului și timp de decenii apoi, a fost izolat aspectul isteric sau psihotic al unui anumit pacient, în prezent, într-o perspectivă diferită a lucrurilor, noi percepem aceiași subiecți sub alte aspecte. Invers, o putem pune pe Emmy von

N... sau pe Omul cu lupi sub etichete mult mai complexe decât cele utilizate de Freud.

Putem spune la fel de multe despre maladia psihosomatică și regăsi în istoria a ceea ce a fost descris ca aparținându-i o succesiune de tablouri mai mult sau mai puțin contrastante, ce se estompează progresiv pentru a ajunge la o imagine imprecisă? Această este părerea noastră în orice caz și avem ca dovadă încercarea de a izola tablourile psihosomatice particulare, încercare pe care o găsim încă atât la anumite școli americane cât și la unii dintre noi. Suntem de acord cu ideea apărută de multă vreme de Pierre Marty, aceea că alergicul are o relație de obiect particulară, dar nu este sigur că aceasta ar fi în mod obligatoriu prevalentă, și încă mai puțin că ar fi pentru cel ce are tulburarea singurul mod de a trăi relația sa cu lumea obiectală; și nici nu sunt sigur că această relație ar fi cu adevărat specifică.

La fel de bine vedem atât în legătură cu corpul ca loc de expresie, cât și cu aparatul pur psihic ca purtător de simptome, că tablourile clinice se complică din ce în ce mai mult până în punctul în care orice încercare de schematizare apare ca o sistematizare abuzivă. În plus, corpul a venit „târziu” dacă putem spune așa, în spiritul sau interesul analiștilor, astfel că psihosomatica a avut obligatoriu aceeași întârziere față de evoluția teoriilor privind psihonevrozele. Vedem astfel încă teorii psihosomatice care se prezintă ca niște construcții perfect elaborate și fondate pe ceea ce adultul gândește despre corpul copilului înainte ca limbajul să apară. Or, spre deosebire de nevroze care, desigur, nu pot apărea ca decompensate decât la vârsta adultă dar în care regăsim întotdeauna urme, reconstituite sau nu, marcând începutul bolii, bolile psihosomatice survin, dacă le luăm ca atare, ca veritabile accidente a căror legătură cu ceea ce a fost anterior, chiar reconstruit, nu este evidentă.

Ceea ce înțelegem fără prea mare dificultate sunt simptomele. De exemplu, faptul că un sugar vomită, regurgitează, mericizează sau are dureri de stomac; înțelegem copilul care nu mănâncă sau pe cel ce mănâncă prea mult. Dar este mult mai dificil (și fără îndoială este vorba de mecanisme foarte diferite) să înțelegem cum o boală structurată survine la o vârstă adultă cu cortegiul său de semne anatomic-clinic.

Trebuie deci să recunoaștem că evoluția teoriilor psihosomatice, privite ca atare, prezintă un foarte mare interes. De la placajul absolut al teoriilor nevrozelor asupra afecțiunilor somatice, concepție care a suprimat practic conceptul de maladie psihosomatică deoarece mecanismele în joc sunt prezentate ca identice, ajungându-se până la teoriile megalomane în care boala marchează subiectul ca un semnificant pus la îndemâna tuturor științelor, se poate vedea orice aici, iar ceea ce ne propunem în acest text va fi să le determinăm calitatea.

Este deci puternică tentația care constă în a înțelege psihosomatica drept o simplă formă de psihonevroză, mecanismele psihopatologice fiind aceleași. Dar nici unul dintre noi nu este ferit de o asemenea rătăcire și vom relata aici un caz personal care va exprima bine evoluția ideilor noastre asupra psihosomaticii de la o primă publicație făcută împreună cu A. Crémieux, J. Marriq și J. Rabattu la un foarte îndepărtat Congres de Psihiatrie (1948) sub titlul: „Câteva cazuri de medicină psihosomatică; nevroză și hipertiroidie” (51).

Când am regăsit această observație, am putut măsura drumul parcurs într-un atât de lung timp (patruzeci de ani). A redea istoria sub formă globală sau a o rezuma nu ar fi decât de un interes limitat și ni s-a părut mult mai interesant să comentăm acest document pentru a sublinia conotațiile actuale. Iată deci prezentarea noastră din vremea aceea în care sunt intercalate remarcile noastre actuale puse între paranteze pentru claritatea expunerii.

Dacă tulburările psihice care apar în cursul maladiilor Basedow au atras de mult timp atenția diverșilor autori, punctul de vedere specific medicinei psihosomatice permite poate să se întrevadă o filiație diferită de aceste asocieri somatice. Am putut observa, la consultațiile psihiatrice din Clinica neurologică, patru bolnavi prezentând sindroame nevrotice diverse, asociate cu hipertiroidie. În legătură cu aceste observații vom discuta raporturile care le leagă.

(Liniuța de unire între psihic și somatic a dispărut de atunci din întreaga literatură, imitând prin aceasta ceea ce s-a petrecut în psihanaliză. Forma de scriere are aici întregul său sens, printre altele de a încerca să suprimă o dualitate corp/psihic, dar noi vom avea tot tim-

pul la dispoziție pentru a vedea cât de vană este această tentativă. Suprimarea liniutei de unire, agent de legătură și de separare, nu este altceva decât expresia unei dorințe raționale de fuziune, dar vechiul fond al bipartiției ființei nu s-a schimbat doar pentru atâtă. Uneori termenul de filiație arată bine prudența pe care o resimțim atunci în măsura în care ceea ce se observă acolo este o pură succesiune temporală a faptelor fără ca pentru aceasta să fie implicată o relație causală: un anumit copil născut după un anumit bărbat nu este, desigur, obligatoriu al lui. Acesta este motivul pentru care se pune în final problema asocierii sindroamelor, unele psihiatrice și celelalte organice.)

Este vorba, în cazul nostru, de patru femei dintre care două sunt căsătorite, în vârstă de respectiv 21, 27, 29 și 41 de ani. Trei sunt fără profesie, una singură este stenodactilografă. Tulburările de care aceste bolnave se plâng în momentul consultației lor sunt de două tipuri: endocrine și psihice.

În planul mental tablourile clinice sunt destul de diferite. Pentru mai multă claritate putem totuși regăsi la bolnavele noastre două aspecte: unele sunt anxioase, celelalte prezintă crize nevropatice. Iată foarte pe scurt schema tulburărilor lor actuale:

Dintre cele două anxioase una se plânge mai ales de angoasă fizică, „mână care se strânge pe gât”, mai ales când este singură. „Mă simt atunci pierdută, spune ea, am impresia că am să cad.” Ea are, în plus, o importantă depresie de tip psihastenic: „Ziua mă plictisesc, nu am forță, totul mă obosește, citesc fraze fără să le înțeleg, este ca și cum aș avea multe griji.” Cealaltă se plânge de diverse cenestopatii; extrem de emotivă, roșește și se tulbură profund în fața noastră; are de asemenea angoste, mai ales dimineața la trezire. La amândouă, este vorba deci de o stare banală de anxietate, cu depresie, fără nici o tulburare de contact subiectiv cu realul. O singură particularitate trebuie observată din punct de vedere simptomatic, existența la prima a obsesiilor de tipul obsesiilor halucinatorii. Seara, ea vede în camera sa imagini care au o formă imprecisă, dându-i impresia unei „doamne în negru”, sau a unui spectru. Această impresie, care se apropie de halucinația adevărată prin caracterul său exterior, se îndepărtează de ea prin neclaritatea sa, prin angoasa care o însoțește și prin faptul că bolnava o critică tot timpul. Este vorba aici de ceea ce Séglas a

descriș sub numele de obsesie halucinatorie care se recunoaște, așa cum o subliniază Lévy-Valency, prin aceea că bolnavul are conștiința ei și că îi provoacă anxietate. Un asemenea simptom trebuie apropiat de imaginile din timpul atipiei pe care Leroy, citat de Lhermite, le consideră ca pe o gândire care se iluminează.

Celelalte două bolnave prezintă crize de tip nevropatic. La una, este vorba despre crize de tremor cu obnubilarea conștiinței, de lungă durată. La cealaltă, accesile sunt mult mai violente: crize de agitație psihomotorie importantă, apărând după o neplăcere, întotdeauna în public, de lungă durată uneori însoțite de fenomene de automatism subconștient.

La toate patru, hipertiroidia este evidentă, atât din punct de vedere clinic, cât și din punct de vedere biologic: tremor al extremităților, slăbire, exoftalmie, tahicardie, se regăsesc în mod egal, cu intensități apropiate, la fiecare dintre ele. Metabolismul de bază, pe de altă parte, este în mare proporție ridicat.

(Expunerea tablourilor clinice reflectă aici boala psihiatrică a vremii într-un moment în care cunoștințele noastre de psihanaliză erau primitive și totodată teoretice și în care poziția psihiatrică era dominantă pentru autorii acestui articol, așa cum dovedesc referințele și descrierea simptomelor. În mod similar, medicina, să spunem mai precis formația medicală a observatorilor, are drept consecință o clasificare a tulburărilor care încearcă să fie bine precizată. Este evident demersul nosografic care încearcă să introducă manifestările clinice în entități cunoscute, psihiatrice sau somatice. Pe plan endocrin de altfel, ar fi multe de spus, căci în 40 de ani este evident că lucrurile au evoluat și este probabil că certitudinile noastre din vremea aceea cu privire la hipertiroidie sunt fondate pe argumente clinice și biologice actualmente clar insuficiente, dacă nu discutabile. Demersul se precizează în orice caz în cursul expunerii: începem prin a ne întreba dacă există vreo relație între domenii diferite, descriem fenomenele aplecându-ne asupra lor pentru a le clasifica după o nosografie imaginată; și este adevărat la fel de bine pentru tulburările psihice cât și pentru cele endocrine, iar apoi vom încerca să vedem dacă aceste două tablouri pot fi reunite.)

Acestea sunt elementele de ordin endocrin și psihiatric pe care le prezentau cele patru bolnave. Vedem că ele în sine erau destul de marcate și țineau de un diagnostic pozitiv facil. În fața coexistenței acestor două tipuri de simptome tiroidiene și psihice, trebuie să ne întrebăm în ce sens are loc relația cauză-efect. O primă ipoteză, clasică, este să admitem tulburările psihice ca secundare hipertiroideiei. Se știe, de fapt, că basedowienii au deja o stare mentală caracterizată prin hiperemotivitate, mobilitate afectivă, variația bruscă a dispoziției, care determină tulburări de caracter cvasispecifice: sindroame de anxietate, crize isterice. Există un ultim factor care este împotriva ipotezei clasice, și anume că cele patru tablouri psihiatrice prezente la bolnavele noastre sunt destul de diferite unele față de celelalte, și le putem compara doar în scopul schematizării.

(O primă explicație este într-adevăr să spunem că aceste tulburări nervoase sunt consecutive tulburărilor endocrine; așa cum fiecare știe, hipertirodienii sunt excitabili și iritabili. Spunând aceasta ne aflăm în ipoteza medicală cea mai radicală, și anume că faptul antecedent devine cauză absolută și că, această cauză fiind decelată, ea antrenează o întreagă serie de simptome ce pot atinge diversele funcții ale individului. Spiritul *claudebernardian* se arată aici într-o mai mare claritate iar știința medicală devine studiul relațiilor cauzale lineare.)

Acestei prime interpretări, care corespunde formulei bolii concepute de secolul XIX: boala celulară dă alterare morfologică, dă tulburări funcționale, i-o putem substitui pe aceea mai actuală a medicinei psihosomatie: tulburarea psihică dă alterare funcțională, dă boală celulară. Cunoaștem deja boala Basedow de origine emoțională și vom vedea în ce măsură o astfel de interpretare poate fi legitimă la cele patru bolnave ale noastre.

(Putem vedea în această răsturnare de situații un progres; și într-adevăr prin aceste întrebări astfel apărute, lucrurile au progresat puțin câte puțin. Dar de fapt, și tot ceea ce urmează o demonstrează, nu s-a făcut decât să se inverseze cauzalitatea păstrând succesiunile care marchează nosografia prin relații din logica aristotelică dintre

cauză și efect. Cuvântul interpretare apare aici; el trebuie să fi fost deja în spiritul autorilor, dar nu încă cu sensul pe care i-l acordăm astăzi.)

a) Există un prim fapt care vine să sprijine această ipoteză, existența unor elemente psihice antecedente. Am putut să le punem în evidență în cursul interviului psihiatric simplu, ajutat pe de altă parte de metode de investigare de inspirație psihanalitică și de teste, în special testul Rorschach.

La trei bolnave, în special, la care am putut continua observația în profunzime, au fost puse în evidență conflictele afective antecedente.

La una dintre istericele noastre, crescută într-un mediu familial deosebit de dezorganizat, gelozia față de o soră mai mică era evidentă, dar ceea ce predomina era un complex (Edip nelichidat. Această fată de 21 de ani care își ura mama, era ambivalentă față de tatăl său, avea ca amant un bărbat înșurat în vârstă de 48 de ani, simbol patern evident. Crizele sale nevropate și Basedow-ul apăruseră în momentul în care, în fața unui impas, trebuia ca ea să ia o decizie: să o rupă cu substitutul tatălui și să-și trăiască viața, sau să rămână în continuare fiica-amantă a sa.

La o alta, anxietatea și obsesiile apăruseră după o naștere pe care înconștient nu o acceptase și în cursul unei neînțelegeri cu soțul său. Ea însăși extrem de răsfățată în copilărie, nu fusese îndepărtată de mediul său familial decât cu mari dificultăți.

La a treia, în fine, regăsim o gelozie importantă față de sora sa, iar crizele de angoasă se produceau deja în timpul disputelor cu aceasta. Ele s-au agravat în momentul în care s-a despărțit de logodnicul său.

b) Istoria bolnavelor noastre ne arată de asemenea existența unor conflicte psihice importante; în ce măsură, explicația psihosomatică este, în cazul nostru, legitimă? Două criterii confirmă, ni se pare, ipoteza aceasta: una de ordin cronologic, cealaltă de ordin terapeutic.

Succesiunea în timp, studiul variațiilor concomitente ale stării psihice și ale manifestărilor corporale, este, într-adevăr, o dată importantă a interpretării psihosomatie.

În observațiile noastre, ea este, cu toate acestea, dificil de precizat cu certitudine. Semnele hipertiroideiei, contrar simptomelor gastrice sau vasculare, se instalează deseori foarte lent iar bolnavul, la început, nu le raportează la adevărata cauză. Totodată, la una dintre tine-

rele noastre femei, crizele de angoasă au precedat clar, cu mulți ani, semnele basedowiene. La o altă, comportamentul afectiv era de mult timp tulburat, deși nu exista nici un semn de hipertiroidie. La a treia, primele obsesii datau de mai mulți ani.

(Iată cum se naște psihogeneza în spiritul observatorului: intervalul relevă existența unor conflicte în istoria unei paciente, acestea sunt anterioare apariției bolii endocrine a căror cauză devin în mod necesar. Desigur noi nu urmăm aici o asemenea cale și certitudinile noastre sunt departe de a fi de admirat, dar totuși. Raționamentul simplist și primar predomină, construind astfel o istorie aparentă cu relatarea și explicația sa.)

Un alt criteriu de legitimare a interpretării psihosomatice este terapeutică, fie că aceasta este de ordin endocrin sau psihoterapeutic.

Una din observațiile noastre este deosebit de relevantă pentru acest subiect: una dintre paciente, care prezenta crize nervoase, a fost tratată la început într-un serviciu de medicină generală, unde i-au fost prescrise doar medicamente antitiroidiene; metabolismul său bazal s-a ameliorat astfel rapid, scăzând de la +38% la +24%. Dar crizele au persistat cu aceeași intensitate.

Când ne-a fost trimisă, am supus-o, dimpotrivă, unei psihoterapii din nefericire întreruptă din motive materiale, și numărul crizelor, ca și intensitatea lor s-au atenuat puternic.

(Celălalt criteriu, efectul benefic al terapiei este, o știm bine acum, un argument care în medicină nu are valoare decât în cazuri bine precizate. Există de asemenea câteva cazuri rare în care medicamentul este în asemenea măsură specific încât vindecarea care urmează aplicării lui confirmă cu certitudine diagnosticul pus la început. Dar cu psihoterapia, oricare ar fi forma ei, suntem departe de ceea ce se observă, și vom relua aici un exemplu medical, în trilogia paludism-plasmodium-chinină. Fără a ține seama desigur că problemele care i-au adus pe acești pacienți la consultație nu sunt decât una din fațetele cererii lor și că lucrurile se situează la un cu totul alt nivel.)

Ne este greu să dăm un verdict definitiv asupra acestor câteva cazuri. Interpretarea psihosomatică nu trebuie să devină o teorie sis-

tematică aplicabilă în toate cazurile. De altfel, în măsura în care intrăm în sfera cauzalității, ne lovim de date cu totul necunoscute. Relația dintre cauză și efect nu este fără îndoială atât de simplă cum o vrea logica formală.

Nu rămâne decât ca punctul de vedere psihosomatic nu este doar o nouă manieră de a privi această relație dintre cauză și efect, de a revizui concepțiile noastre etiologice, ci și o perspectivă care tinde să strângă tot mai mult legăturile dintre conflictele psihice și fiziopatologie, în această privință ea constituie un progres.

(Deja noi puneam *in fine* problema acestei relații cauzale și dacă în cele din urmă există progres, în această direcție a putut fi realizat. Dar articolul se termină totuși cu legăturile dintre două domenii diferite, ceea ce arată că este dificil să ne sustragem acestui dublu aspect al lucrurilor, unul aparținând corpului și celălalt psihicului.)

Această comunicare fusese discutată de J. Sutter și E. Minkowski și nu ni se pare lipsit de interes să relatăm argumentele lor care puneau deja problema psihosomatică în profunzimea ei.

Astfel, J. Sutter reia problema întinderii și limitelor domeniului „psihosomatic”. Desigur, dacă ținem la etimologie, trebuie să constatăm că acest domeniu înglobează toată medicina și depășește chiar cu mult teritoriul său. Dar este foarte evident că expresia „medicină psihosomatică” corespunde pentru noi unei concepții mult prea limitate. Dificultatea apare când se pune problema să cuprindem, în termenii unei formule exacte, această „realitate simțită” în moduri diferite poate, de fiecare dintre noi. A spune că este vorba de manifestări „somatice” ce provin din cauze „psihice” nu mi se pare satisfăcător: somaticul și psihicul nu desemnează altceva decât două aspecte diferite ale aceleiași realități. Fără îndoială este posibil — și poate necesar — să păstrăm acești termeni, pentru că deși nu corespund unor categorii ireductibile, ei introduc cel puțin în continuitatea faptelor, o discriminare legitimă în mai mult decât o privință; dar chiar și atunci, trebuie să fim de acord că elementele „psihice” și „somatice” sunt, atât unele cât și celelalte, prezente în evantaiul etiologic și în cel simptomatic al

oricărei afecțiuni morbide, stabilindu-se între ele raporturile cele mai strânse și cele mai complexe.

Poate că putem spune că, în afecțiunile numite psihosomatice, aspectul psihologic predomină în etiologie, în timp ce, în mod paradoxal, aspectul „organic” contează din punctul de vedere al simptomelor. Această definiție este foarte inexactă, trebuie să recunoaștem, și ar fi fără îndoială posibil să găsim o alta, mai satisfăcătoare; ea are cel puțin avantajul de a nu masca, sub o afirmație prea peremptorie, profunda complexitate a faptelor.

M. E. Minkowski subliniază în special că medicina a fost dintotdeauna de inspirație psihosomatică, și dacă se îndepărtează uneori peste măsură de această cale care este adevărata sa vocație, ea caută să revină la ea. Opoziția radicală dintre psihic și somatic nu este decât rezultatul unei elaborări doctrinale care păcătuiește prin exces de raționalism și nu emană nicidecum din faptele însele.

Iată deci una din primele rătăcirii ale cercetării psihosomatice: simplificarea de tip causal dintr-un punct de vedere care se pretinde psihanalitic și a cărei zădărnicietate iese în relief, în *apprès coup*.

Dar contrar acestei medicalizării simplificate a faptelor, există un pericol la fel de mare, care apare când psihosomaticianul este furat de megalomania verbului, discursul devenind explicația finală a oricel. Ar fi destule exemple de luat din observațiile publicate de alții, dar cum am căzut și noi în aceeași greșală, vom relua ceea ce am formulat din 1971 în acest sens, în legătură cu alergია.

Spuneam atunci:

Nici o teorie explicativă nu ni s-a părut cu adevărat suficientă până în prezent pentru a elucida cauza bolii ca entitate. Acum poate fi avansată o ipoteză: boala psihosomatică și-ar găsi originea în dorința mamei, și atunci nu are importanță că este vorba de astm sau de altceva.

Constatăm, într-adevăr, că o întreagă serie de comportamente ale adultului nevrotic sunt conținute în dorința părinților. Copilul se naște deja cu o identitate, de ce nu s-ar naște cu o boală? Mamele exprimă de altfel deseori teama că (al cărei sens ambivalent îl cunoaștem) ca viitorul copil să nu fie anormal sau bolnav, așa cum este una din

rudele apropiate. Mai mult, termenul însuși care denumește boala, fie ea astm, urticarie sau ulcer, face parte din limbajul familial; se vorbește de el în casă; într-o familie unde deja unul dintre membri prezintă un sindrom morbid organic, înțelegem o dată mai mult că această teamă face parte din proiectul care precedă nașterea copilului. Astfel, transmiterea aparent ereditară a anumitor boli s-ar face prin dorință și nu prin gene.

Desigur, nu este vorba aici decât de o ipoteză și nu de o teorie explicativă bine structurată. Ea nu face decât să se alăture întregii complexități care conține esența însăși a maladiei alergice, nivel al oricărei boli privite ca psihosomatică.

Este foarte evident că această poziție nu poate fi susținută. Ea nu poate apărea decât ca o direcție generală dată unui anumit tip de cercetare, dar nu vedem cum dorința mamei ar fi ea singură suficientă pentru a atrage după sine ceea ce numim o alergie, cât de familială ar fi ea. Vedem din contră foarte bine indiferent de ce am putea face, cum iese aici în evidență opoziția între ceea ce este de ordin genetic și ceea ce aparține dorinței. Oricare ar fi eforturile noastre, dualismul este întotdeauna gata să renască.

Demersul pe care l-am realizat astfel în această critică actuală a unei vechi observații, ne pune în prezența dificultăților esențiale de care se lovește psihosomaticianul când reflectează asupra modului său de a percepe cu ce funcționează el.

Într-o manieră simplă, dar pe care schematizarea nu o face prea eronată, putem spune că în funcție de domeniul din care vine psihosomaticianul, comportamentalism, reflexologie, clinica psihiatrică, medicină generală, sau psihanaliză, observația sa adică teoria sa, este întotdeauna viciată de concepții create și *valabile în alt domeniu*, dar eficace doar cu prețul erorilor, în domeniul nou la care aderă. În realitate, teoriile născute din aceste accidente, căci astfel putem denumi aceste deviații epistemologice chiar dacă uneori erorile pe care le atrag după sine tind să se apropie de un anumit adevăr, iau ființă prin necunoașterea primejdiilor fundamentale pe care le prezintă psihosomatica, primejdii pentru care dăm patru forme esențiale:

O primă primejdie filosofică este inerentă mecanismului nostru de gândire: oricare ar fi poziția căreia credem că-i aparținem, este într-adevăr extrem de dificil de a ieși din dualism (iar moniștii sunt cel mai adesea dualiști care amestecă obiectele sau care rămân perfect ambivalenți față de un același obiect) și din determinismul a cărui extremă este dată de tentația de a defini specificitățile a căror fragilitate o cunoaștem și, mai mult, proiectul periculos: a elimina de la bază ceea ce este rău. Descartes și Claude Bernard, de ce nu și Aristotel, au multă responsabilitate în privința aceasta, dar fără îndoială ei nu sunt decât filosofi cu o dorință umană, aceea a unei anumite separări care se traduce într-un anumit plan, prin dragostea față de un mecanism bine uns.

A doua primejdie este de ordin metodologic și nu vom insista asupra ei pentru că am amintit-o deja mai sus. Dificultatea care constă în a aplica medicinei psihosomatice o teorie valabilă într-un alt domeniu, a fost bine studiată într-o serie de texte printre care lucrările lui Marty, de asemenea articolul lui Sami-Ali despre teoriile omogene și teoriile heterogene.

Există de asemenea o primejdie reprezentată de folosirea logicii obișnuite, mai exact în legătură cu cauzalitatea, și cel mai bun exemplu de astfel de primejdie ne este dat de starea emoțională. Dacă într-adevăr un comportament emoțional, a cărui origine traumatică o cunoaștem, precedă uneori simptomul somatic, nu putem nicidecum deduce faptul că acest eveniment este în mod necesar cauza dezorganizării ulterioare și a tabloului organic. Pe lângă efectul retroactiv pe care îl cunoaștem bine, experiența ne oferă noi moduri de înțelegere cu privire la formarea simptomului, cu o cauzalitate care, situându-se în afara oricărei linearități și bineînțeles a oricărei dialectici, ar trebui la limită să poarte un alt nume.

În fine, ultima primejdie pune în cauză nosografia: uităm că bolile despre care învățăm nu sunt în realitate decât aparate conceptuale pentru comoditatea comunicării, a căror eficacitate pragmatică nu este sigură. Dar în ceea ce privește Subiectul, boala este cu siguranță cu totul altceva decât un simplu obiect într-un catalog care nu diferă de clasificarea lui Linnée sau de un catalog Manufrance decât prin seria diferită de care aparține.

Marea parte a psihosomaticienilor, a celor francezi în orice caz, a luat cunoștință de toate aceste primejdii, la niveluri diferite poate, dar care sunt cu atât mai clar vizibile. Putem vedea acest efect dacă urmăm, de-a lungul mai multor ani, orientarea unui mare număr dintre noi, dintre care unii vor servi aici drept exemplu. Michel Fain, el însuși apropiat de Marty, se apleacă asupra unor concepte dacă nu diferite, cel puțin complementare: de exemplu cele două momente ale Isteriei, pregnanța absolută a castrării, sau efectul distorsiunilor filtrului de excitații în relația precoce cu mama. Pe un alt plan, psihosomaticienii ca M. Sapir sau C. Brisset sunt din ce în ce mai mult orientați către cel ce se ocupă de boala somatică, adică generalistul sau specialistul, mai mult decât către boala în cauză, privilegiind astfel relația Terapeut-Pacient; plecând de la propria experiență practică, acești autori au elaborat, fiecare în parte și într-o manieră personală, o teorie născută din însuși modul lor de lucru cu pacienții sau cu medicii care se ocupă de ei. În ceea ce mă privește, în fine, așa cum voi dezvolta de-a lungul acestei lucrări, după ce am utilizat ca mulți alții suprapunerea modelelor analitice asupra cazurilor psihosomatice, de mult timp am încercat să caracterizez unul din elementele specifice ale practicii psihosomatice studiind aspectul cu totul special pe care îl îmbracă relația transfer-contransfer cu acest tip de pacienți; de asemenea am încercat să întocmim un tip de clasificare diferit de cel pe care l-am învățat în școală.

Reflecțiile cărora ne-am alăturat în prezent se învârt astfel în jurul câtorva termeni care vor forma punctele de sprijin acestui text. Va trebui să ne întrebăm dacă putem încă defini în prezent bolile psihosomatice; să încercăm apoi să abordăm conceptul de psihosomatică din diferite unghiuri, printre altele din acela al psihozei; să vedem în acest caz importanța privirii și dacă există o relație particulară cu timpul; să precizăm de asemenea dacă psihosomatica poate fi definită de o economie sau de o cercetare particulară; dacă îi poate fi atribuită în mod specific o nosografie; dacă problema durerii ne poate învăța ceva în legătură cu ea; în sfârșit cum se situează relația transfer-contransfer în cazul în care corpul face parte din discursul analitic.

EXISTĂ MALADII PSIHO-SOMATICE ? STUDIUL CRITIC A TREI EXEMPLE

Recitirea lucrărilor datând de douăzeci de ani, persistența anumi-
tor tendințe în revistele de medicină psihosomatică ne obligă să pu-
nem această întrebare: există cu adevărat boli pe care le putem cali-
fica drept psihosomatice în raport cu altele care nu ar fi astfel; sau, la
un nivel minim; putem repera în entități morbide mai mult sau mai
puțin definite, o parte care ar aparține la propriu domeniului psihoso-
matic? Este evident că o asemenea remarcă, dacă s-ar dovedi adevă-
rată, ne-ar permite în consecință să încercăm să punctăm mecanismele,
structurile, dinamica specifică antrenând printre altele forme parti-
culare reperabile în personalitatea pacientului.

Ceea ce ne apare acum, cel puțin parțial, ca o iluzie, a fost timp
îndelungat modul de gândire al celor care se alăturau acestei întrebări
și nu putem face tabula rasa cu tot ceea ce a fost construit pe atunci:
din acest mod de a vedea lucrurile, chiar dacă concluziile ne apar astăzi
eronate, rămân în mod absolut constatările făcute atunci și de asemenea
reflecțiile care le-au însoțit. Plecând de la aceste date anterioare se poate realiza un nou progres.

Din ceea ce am descris atunci, vom păstra trei tipuri de entități
foarte deosebite în domeniul psihopatologic de care țin: bolile unui
organ care este în general cel mai silențios la omul considerat deplin
sănătos: pancreasul; boli în care psihicul și somaticul sunt dintr-o
dată intim amestecate și asupra complexității cărora toată lumea este
de acord: acestea sunt bolile alergice; în fine un simptom care poate
rămâne izolat sau deveni boală în sine: oboseala.

Pentru a urma metoda pe care ne-am propus-o în scopul de a des-
prinde într-o perspectivă diacronică, ce a devenit în prezent concepția
psihosomatică și aplicarea sa, vom pleca aici de la observațiile pe

care le-am publicat. După ce vom fi reluat aceste trei exemple clinice
aproape cu cuvintele inițiale, vom face un studiu critic asupra lor.

Am putea adăuga faptul că reluarea observațiilor originale ne-a
pus probleme. Mai întâi o problemă de formă, căci o prezentare care,
la timpul său, părea să satisfacă știința și psihanaliza totodată, este în
prezent depășită. O problemă de fond mai ales pentru că mersul tim-
pului pune ca *a priori* existența bolilor psihosomatice ale căror ca-
ractere specifice trebuiau mai întâi să fie precizate. Atingând deci for-
ma și fondul, este un domeniu care acum nu mai este la modă, și am
insistat deja asupra faptului că istoria se construiește întotdeauna di-
ferit și că aceleași fapte pot fi supuse unor diverse teorii. Realitatea a
ceea ce este în afară este fără îndoială puțin supusă schimbării și
obiectul fotografiat în aceleași condiții trebuie să fie întotdeauna
aproape identic; dar valoarea lui în sine, pentru analist cel puțin, are
puțină greutate în comparație cu tot ceea ce subiectul face din ea.

I BOLILE PANCREASULUI

Într-o cercetare condusă acum mulți ani în colaborare cu serviciile
de gastro-enterologie și în special cu profesorul Henri Sables și echi-
pa sa, am ales de bună voie să studiem patologia pancreasului din
punct de vedere psihosomatic. Într-adevăr, din perspectiva care ne in-
teresează, această problemă ocupă un loc aparte pentru că maladiile
de care este atins acest organ sunt relativ rare, și pentru că studiile
care se referă la ele sunt puțin numeroase. Acest al doilea aspect pune
o problemă imediată care de altfel nu este ușor de rezolvat: raritatea
lucrărilor psihosomatice asupra bolilor pancreasului provine din ne-
cunoașterea acestui aspect sau din faptul că bolile acestui organ nu
aparțin psihosomaticii? Clinica medicală s-a interesat, dimpotrivă,
mai ales recent, de asocierea frecventă dintre tulburările psihice și
cele pancreatice, dar relația dintre aceste două elemente este evaluată
în mod diferit de către autori, așa cum vom vedea mai departe.

În ceea ce privește datele fiziopatologice pe care este fondată
această lucrare, este sigur că începând cu 1971 ele au evoluat și gas-
troenterologii care se vor hazarda să citească lucrarea noastră ne vor

face cu siguranță reproșuri. Dar noi nu suntem responsabili de schimbările observate în fiziopatologie și vom putea asculta aceste eventuale critici cu un anumit surâs: știm bine că știința este făcută din adevăruri și credințe succesive. Nu rezultă decât că anumite date fiziopatologice clinice nu au evoluat în ansamblu și că pancreasul exocrin este una din principalele glande digestive a căror secreție este înainte de toate constituită din enzime. A fost demonstrat recent că la om secreția psihică era abundentă și precoce. Mecanismul secretor este totuși umoral, secreția a doi hormoni: secretină și pancreozimină, declanșată de contactul alimentelor cu mucoasa duodenală. În ceea ce privește principalele afecțiuni ale pancreasului, ele sunt astfel descrise:

- pancreatitele acute, afecțiuni brutale și grave, deseori asociate cu litiaza biliară și cu sprijinul cărora rolul autodigestiei prin intermediul tripsinei ar părea mai puțin evident decât era acum câțiva ani;
- pancreatitele cronice cu etiologie deseori asociată cu alcoolismul. Ele pot fi urmarea unei pancreatite acute, deși acest fapt este rar după cum se pare;
- cancerul pancreasului.

Pentru a reveni la factorii psihici care însoțesc pancreatitele, descrierea lor este relativ recentă. Într-adevăr începând din 1950 două școli s-au dedicat în mod deosebit acestei probleme:

- în Franța, lucrările lui Lagache, Combemale și Valtille (148), ale lui Coldefy și Brunet (49), ale lui Bertrand și col. (24), ale lui Poilleux și Cousinet (202) au precizat tulburările psihice care însoțesc afecțiunile chirurgicale ale pancreasului, pancreatitele acute și cronice;
- în Statele Unite, lucrările lui Atkinson (15), Karliner (134), Lawton, Léger, Kobel și Case (151), Savage și Noble (222) au re-luat aceleași probleme dar s-au orientat de asemenea către factorii emoționali ai bolilor pancreasului.

Din aceste lucrări diverse, se pare că putem, dată fiind coerența lor, extrage următoarea schemă: în pancreatitele acute, tabloul psihic este cel al unei confuzii mentale toxice; în neoplaziile pancreasului, tabloul este cel al unei stări depresive și hipocondriace; în sfârșit, în

pancreatitele cronice, s-a căutat punerea în evidență a diferitelor trăsături de personalitate care, în ansamblul de altădată, nu păreau, pe atunci, foarte specifice.

În orice caz, oricare ar fi forma bolii pancreatice, alcoolismul este întotdeauna scos în evidență ca un element important. Noi vom discuta rolul său în starea confuzională a pancreatitelor acute; dar ne putem întreba dacă acest etilism cronic este asemănător, în ceea ce privește personalitatea subiectului la care apare, celui al bolnavilor care prezintă ciroze.

Să adăugăm, în fine, că problema diabetului este în întregime eliminată de acest studiu, căci chiar dacă la acești bolnavi există manifestări de acest tip, ele sunt în mod clar secundare. Psihosomatica diabetului este un capitol aparte care, într-o clasificare sistematică a bolilor, nu aparține domeniului pancreatic.

O ultimă trăsătură trebuie subliniată în fine: nu par să existe aici asocieri deosebite cu alte tablouri patologice. Și în particular, nimeni nu a descris această oscilare deseori caracteristică între o boală psihosomatică și o alta, în legătură cu pancreasul. Singura relație cunoscută este cea cu ulcerul (sindromul lui Zollinger Ellison care, la unul dintre bolnavii noștri, a fost de asemenea asociat cu un episod de schizofrenie).

Clinica diferențind astfel trei tipuri de boli ale pancreasului, lucrările psihosomaticienilor cărora li s-au alăturat ale noastre, au permis să diferențiem trei aspecte ce reprezintă manifestări psihice diferite.

1 / Tulburările psihice ale pancreatitelor acute

Pancreatitele acute sunt deseori însoțite de tulburări mentale, de tipul confuziei mentale, foarte apropiate de cele care se observă în *delirium tremens*. Subiectul este dezorientat în timp și spațiu, într-o stare de agitație psihomotorie foarte marcată, însoțită de transpirații, tremurături și tulburări biologice secundare. Lucrările lui Lagache, Poilleux, Bertrand și col. au insistat asupra acestor manifestări, și rămâne întrebarea dacă trebuie să punem acest tablou pe seama doar a alcoolismului (*delirium tremens* la un pancreatic) sau dacă aparține în mod mai direct pancreasului.

Din punct de vedere psihosomatic, foarte redus aici, singura problemă care se pune este următoarea: alura catastrofică a evenimentului, asemănătoare în această privință infarctului miocardic, are o rezonanță psihică a cărei consecință este moartea.

2 / Tulburările psihice ale cancerului pancreasului

Aceste tulburări sunt observate de numeroși autori (Savage, Noble, Karlner, Coldefy) care insistă toți asupra următorului fapt: aceste manifestări sunt de ordin depresiv, melancolic și hipocondriac; ele sunt atât de intense încât subiectul este luat în general drept un bolnav mintal și boala de pancreas nu este descoperită decât întâmplător. Nu există nici o lucrare despre relația inversă, privită în sens psihosomatic, și cei câțiva bolnavi de acest tip pe care i-am putut observa nu ne-au permis să împingem foarte departe investigațiile, din cauza importanței deteriorării organice și totodată a stării melancolice.

3 / Încercare de punere în evidență a unei personalități specifice în pancreatitele cronice

Aici este adevăratul sens al psihosomaticii cancerului, dar dacă cităm lucrările lui Laughton și Atkinson, dacă adăugăm o lucrare personală din 1974 tratând douăzeci de cazuri, rezumăm aici întreaga bibliografie despre acest subiect. Trăsăturile de personalitate ale acestor bolnavi au fost cercetate la mai multe niveluri:

a — Pe plan clinic. Bolnavii care prezintă pancreatite cronice sunt, statistic, frustrați și uneori chiar debili. Există desigur, excepții, dar puțin frecvente.

Fondul acestor bolnavi este dominat de trăsături de ușor dezechilibru mintal. Sunt indivizi inadaptați, instabili, care trec cu ușurință la act și prezintă tendințe spre toxicomanie; din cauza durerii, le este ușor să-și pună în fapt toxicomania (celor morfinci în special). Cu toate acestea, alcoolul este cel care rămâne toxicul cel mai des utilizat și ni s-a părut că un element clinic diferențiază acest tip de toxicomanie de aceea care duce la ciroză: alcoolicii pancreatici nu au fost niciodată supuși dezintoxicării și nici nu au încercat vreodată acest lucru. Pe acest fond de dezechilibru apar elemente nevrotice, în general mixte, dar cu predominanță obsesională; aceștia sunt indivizi de-

primați, neliniștiți, care prezintă de asemenea tulburări ale sexualității, în general cu diminuarea ei.

În sfârșit anumiți bolnavi prezintă bufeuri delirante de tip schizofrenic.

b — Psihotehnica a fost unul dintre procedeele utilizate pentru a defini acest tip de personalitate.

Lucrarea lui Pawels și Philips, utilizând testele Minesota, Cornell, Rorschach și referindu-se la un număr destul de mare de pancreatici cronici, a arătat că aceștia prezentau preocupări somatice importante, elemente depresive, tulburări de comportament, o agresivitate mascată și absența trăsăturilor psihotice.

c — Studiile pe care le putem în sfârșit califica drept cu adevărat psihosomatice nu au fost prea numeroase. Doar lucrările lui Atkinson și Pawels și câteva cercetări personale s-au interesat de această perspectivă iar rezultatele sunt, în ansamblu, destul de concludente pentru a arăta absența unui element de specificitate. La acești subiecți, regăsim o agresivitate importantă dar dificil de exprimat, o dificultate în tolerarea frustrărilor și, sub o aparentă independență, o foarte mare nevoie de dependență.

A fost pusă astfel problema dacă boala pancreatică ar putea fi înțeleasă dintr-o perspectivă psihodinamică (am spune noi pentru a simplifica), dar dificultățile sunt aici prea numeroase pentru a preciza acest aspect, dificultăți care provin din faptul că nu există psihoterapii ale bolnavilor de pancreas continuate mult timp și publicate. Mai mult, putem spune că pancreasul are ca particularitate, că este un organ ignorat de subiect, neîntrând în limbajul curent, astfel că există acest fapt destul de specific al unei opoziții totale între rolul său vital și inexistența sa în schema corporală sau în imaginea corpului.

Toate aceste dificultăți ne-au făcut să tragem concluzia încă de la primele noastre lucrări că bolile pancreasului erau la granița psihosomaticii. Ne-am gândit în primul rând și era o părere clar împărtășită, că această poziție marginală era primitivă. Cercetările ulterioare nu permit în realitate să precizăm „gradul” psihosomatic al bolilor pancreasului, fie ele acute sau cronice. Astfel se poate prezenta un tip de boală organică în care încercăm să punem în evidență factori psihu-

logici. Clinica, testele, cercetările dinamice, căutarea unui sens rămân preocupări importante. Remarcile pe care le-am făcut începând cu primele cercetări sunt încă valabile; ceea ce trebuie să criticăm de acum este încercarea de a organiza aceste remarci într-o structură prefigurată care plasează ansamblul într-o schemă care s-ar vrea explicativă.

Modul însuși în care este condusă cercetarea lasă să apară nevoia pentru un suport care se vrea științific în dublul său aspect: definirea unei structuri și definirea unei dinamici cauzale. Or, bolile pancreasului scapă în cea mai mare parte acestei perspective. Atunci când apare un factor care ar putea fi considerat drept etiologic, el se dovedește în cele din urmă banal și poate ține de o întreagă serie de semnificații, ca de exemplu aceea a abuzului cronic de alcool. În mod similar, ceea ce poate fi considerat drept trăsătură a personalității în legătură cu care putem infera un caracter tipic, este extrem de banal și poate ține de foarte multe structuri psihice.

Boala pancreatică devine deci exemplul însuși, și acesta este motivul pentru care ne interesăm de ea, de ceea ce trebuie să-l oblige pe psihosomatician să privească boala pacientului într-un alt fel decât este la modă în practica sau teoria medicală obișnuită. Nosografia așa cum ne vine de la universitate nu mai contează aici, iar durerile de care se plânge subiectul se organizează de o manieră foarte diferită de ceea ce cadrul medical lasă să se prevadă.

Astfel, un demers bazat pe cercetarea unei structuri este sortit eșecului într-o anumită măsură și dacă o particularitate se manifestă, ea trebuie să fie atașată de alt sens, de o altă direcție.

II BOLILE ALERGICE

Alergia este o boală care ocupă un loc important mai întâi în medicină și apoi în psihosomatică fiindcă primele lucrări ale lui Pierre Marty (159) s-au referit la relația psihodinamică proprie acestei stări. Noi înșine împreună cu mulți alții am consacrat numeroase cercetări acestui subiect.

Lucrurile au evoluat și în acest caz dar, așa cum am făcut și în legătură cu bolile pancreasului, urmând același principiu metodologic, vom relua datele pe care le-am cules și comentat de la primele noastre cercetări considerând că aportul material este încă valabil și doar interpretarea a căpătat o orientare diferită.

Bolile alergice, dacă le privim din punct de vedere psihosomatic, au ca specific faptul că pun în manieră caricaturală două probleme pe care le găsim în grade diferite în domeniul patologiei generale:

Primul dintre aceste aspecte constă în faptul că boala psihosomatică, oricare ar fi ea, pare să scape domeniului simbolic. Luând corpul ca mijloc de exprimare, boala dă impresia că pune într-adevăr realul în discuție fără a trece prin ocolirile care conduc la nevroză sau la psihoză.

Al doilea aspect ține de pericolul de asemenea inerent oricărei medicini psihosomatice, unde ne plimbăm încă, fie că vrem sau nu, între emoție, isterie și boală organică și unde, în aceeași măsură, vrând-nevrând, planează încă în umbră un cuvânt care ne stânjenește în mod deosebit: conversa. Nu vorbim de dualism, nici de pseudo-raporturile superficiale dintre biologie și valorile simbolice, discuție ce a devenit în prezent marginală, căci aceste concepții care opun două planuri de funcționare ale subiectului nu au valoare explicativă în mecanismul imediat al fenomenelor.

În cele din urmă, ne lovim de acest prim moment al reflectării de atât de multe variabile și perspective ipotetice, încât nu mai știm unde se situează în realitate problema. Să recunoaștem cel puțin că această incertitudine, aici atât de profundă, devine esențială, și că lipsa de claritate în care ne găsim când încercăm să punem problemele bine, are acest avantaj de a ne stimula să încercăm să înțelegem; în opoziție cu acele observații întristătoare ale psihosomaticii unde totul se înțelege cu claritate, într-o desfășurare care nu este decât vulgarizare. Tendința către primaritate este facilă, în psihosomatică mai mult ca oriunde și, cum spune Mitscherlich (182): „O descriere biografică naivă care se mulțumește să considere o criză, un conflict ca motive suficiente ale unei patogeneze, oricât de importantă ar fi această criză, acest conflict în apariția unei disbazii isterice sau a unei afecțiuni de natură tuberculoasă, nu ține cont de doi factori: mai întâi ea nu

vede că omul este, din naștere, apt să acționeze într-o situație conflictuală și că trebuie mai întâi să căutăm ceea ce, în conflict, a deschis calea unei soluții patologice reprezentate de un simptom determinat. Apoi, ea nu poate explica despre ce este vorba, când despre un eveniment critic care nu are loc decât o dată, când despre o boală cronică.

Acestea sunt valabile pentru toată medicina psihosomatică, fie că înțelegem prin aceasta doar atitudinea generală pe care o presupune în fața oricărei boli, fie că înțelegem mai specific admiterea într-o perspectivă psihodinamică a bolilor considerate până atunci ca organice. Dar în această lume în care boala ocupă un loc în istoricitatea subiectului, alergiile au un loc special; fără îndoială pentru că ea pare să adauge, prin acest demers însuși, un secret suplimentar la cel care constituie fundamentul său: există în alergii o latură misterioasă, chiar și pentru interniști, iar demersul nostru vine să crească încă acest mister.

Acest preambul, care lasă să se întrevadă unele din nedumeririle noastre, fiind făcut, trebuie să adăugăm că acest studiu, deși pornind de pe baze personale (în special ale asmaticilor și alergicilor alimentari urmărit de profesorii J. Charpin și H. Sarles), această lucrare deci nu a ajuns să se îmbogățească doar sprijinindu-se pe studiile altor numeroși psihosomaticieni care s-au aplecat asupra aceleiași probleme.

Au apărut atâtea publicații pe această temă, încât este necesară o clasificare diacronică a ideilor și ipotezelor exprimate.

Pot fi astfel enunțate foarte schematic trei perioade succesive, în ordinea următoare:

Începând cu 1860, Henri Hyde Salter, în cartea sa despre astm, raportează numeroase cazuri care confirmă teoria sa că emoțiile pot juca un rol important în declanșarea atacului asmatic și în urmările sale. Sir John Flower, în 1898, recunoaște astmul isteric. Dar după cum amintesc Miller și Baruch (178), numai câțiva ani mai târziu, începând cu 1905, când Freud (96) publică fragmentul de analiză a unui caz de isterie, problema este, dacă nu pusă, cel puțin orientată iar cercetările pot lua o direcție mai bine definită. La acea vreme, în comentariile privind primele semne emoționale pe care le simțea situație în spatele simptomelor fizice ale Dorei, el scrie:

Motivele bolii încep să se ivească începând din copilărie. Copilul avid de dragoste, și care nu împarte cu plăcere tandrețea părinților cu frații și surorile sale, își dă seama că această tandrețe îi revine în întregime dacă, din cauza bolii sale, părinții sunt neliniștiți. Acest copil cunoaște de acum înainte un mijloc de a solicita dragostea părinților și se va servi de el îndată ce va avea la dispoziție material psihic capabil să producă o stare morbidă. Când copilul a crescut și s-a căsătorit, în totală contradicție cu exigențele copilăriei, cu un bărbat care ține prea puțin seama de ea, care îi oprimează voința, care îi exploatează fără menajamente munca și nu îi acordă nici tandrețe, nici nu îi permite cheltuieli, atunci boala devine singura sa armă pentru a se afirma în viață. Boala îi procură repausul dorit, ea îl silește pe soțul ei să facă sacrificii financiare și la atenția pe care nu le-ar avea față de o persoană sănătoasă și îl obligă la o atitudine prudentă în caz de vindecare, fără de care recidiva este gata să apară. Aparența de obiectivitate, de ne-dorită, a stării morbide, pe care medicul curant este obligat să o garanteze, permite bolnavei utilizarea oportună, fără remușcări conștiente, a unui mijloc pe care îl găsisse eficient în copilărie.

Din 1905 până în 1938 cercetările continuă în domenii diferite, chiar dacă autorii, în cea mai mare parte americani, s-au orientat către o accepțiune psihodinamică a bolii alergice.

Astfel Marcinowski, în 1913, scrie că astmul este determinat de o isterie de bază iar în 1922, Weiss, discutând un caz de astm pe care îl tratase prin psihanaliză, ajunge la concluzia că astmul este secundar fricii de separare de mamă. La același moment, Reichman admite că astmul bronșic este o nevroză a tractusului respirator, o manifestare parțială a unei constituții psihopatice generale. Pe de altă parte, în 1923, Marx își exprimă dezacordul față de teoria astmului „psihogen”. Concepția sa este că, la subiecți cu predispoziție, tulburarea organică stimulează „centri productori de spasme” și că, mai târziu, stimuli psihici pot crește tensiunea la nivelul acestor centri într-un grad suficient pentru a produce „spasme de descărcare” în musculatura bronșică. În același an, Moos scrie că factorul psihic este factorul primordial, cel mai obișnuit și cel mai important în producerea crizelor de astm. Astfel teoria psihogenă a alergiei nu este adoptată în mod

unanim, ceea ce îi permite lui Hensen să scrie în 1930: „Sunt înclinat să resping interpretarea astmului, atât ca boală cât și ca atac unic izolat, ca pe un efect psihogen, în sensul unei exprimări primare imediate. Boala, și cel puțin primul atac, sunt determinate anatomic, fiziologic, deci organic și nu sunt forme de reacții psihogene. Atacul izolat poate fi grăbit, facilitat sau inhibat de către factori psihici.”

În cei opt ani care urmează, până în 1938, sunt numeroși cei care au insistat încă asupra rolului factorilor alergici (ca urticaria de exemplu). Să cităm, printre alții, pe Naber (1929), Wittkower și Petow (1931–1932), Christie (1935), Kartsmschew (1936), Gillespie (1936). De toți acești autori trebuie totuși să îl separăm pe David Lévy care vorbește printre primii în 1931 despre respingerea maternă la copiii astmatici și crede că acest sentiment este deseori deghizat și ascuns în spatele unei formațiuni reacționale care conduce la ceea ce el numește „supraprotecție maternă”. Stockvis, pe care îl vom re-găsi mai departe, s-a interesat și el de aceste probleme.

În timpul acestei perioade, numeroase lucrări au fost realizate de asemenea în Franța, de către autori interesați mai ales de tulburările nervoase ale bolii serice: May (1923), Allendy (1928), Flandin (1926), Rowe și Richet (1930), Euzière și Viallenfont (1931), Tzanck și Abadi (1934), Beauchemin (1936), Paillas, Roger (1936).

De fapt școlile se individualizează începând cu 1938 și până în zilele noastre.

1938 reprezintă de fapt debutul perioadei contemporane când Dunbar (70) publică câteva „Note psihanalitice privind astmul și boala fânului”. Era găsită o cale de mult timp dorită, uneori abordată, iar ceilalți cercetători, atât americani cât și europeni, aveau să se angajeze în această perspectivă, adăugându-i roadele propriilor lor lucrări. Aceștia, după un criteriu aparent geografic dar care angajează mult mai mult fondul teoretic, se organizează în jurul unui anumit număr de școli:

a — Școlile americane cu lucrările lui Saul, începând cu 1938, care vorbește de „factori psihogeni în etiologia guturaiului și a tulburărilor asociate”. Stockes, Berman și Ingraham evocă existența unui „factor psihoneurogen în mecanismul reacțiilor cutanate”. Marc Dermott și Cobb, în 1939, se dedică unor studii statistice extinse și

din 50 de cazuri de alergii clinice găsec un factor emoțional în 30 de cazuri; în șapte, o tulburare emoțională oarecare și în treisprezece, nimic. La 20 de bolnavi, ei au găsit că stimulul emoțional era factorul determinant al atacului.

Dar trebuie să mai așteptăm încă doi ani, pentru ca, în 1941, French și Alexander (95), în colaborare cu Ben Rappaport, să studieze factorii psihici ai astmului bronșic. Ei privesc, ca și Lévy în 1931, atacul astmatic ca pe un strigăt către mamă reprimat (element de reprimare emoțională). Wilson, în același an, publică o lucrare despre febra fânului, exprimare ostilă deghizată. Și, în 1943, Dunbar scrie că la indivizii alergici pot fi găsite tipuri de personalitate bine definite. Cercetările din Statele Unite nu rămân axate asupra unei singure perspective și autori ca Halliday, în 1945, cred că astmul bronșic trebuie clasat în clasificarea nevrozelor de organ ca somato-nevroze.

Putem menționa încă lucrările lui Metzger, Weiss și English (242) în 1945, înainte de a ajunge în 1948, data apariției primelor lucrări ale lui Miller și Baruch (178), care marchează o nouă orientare a cercetărilor. La ei, respingerea maternă este prezentată ca un factor foarte important în climatul emoțional al copilului alergic. Acești autori introduc o triadă: foamea de dragoste, frica de mamă, furia față de mamă, care, pentru ei, dirijează istoria copilului alergic. Miller și Baruch continuă de altfel studiile și publică în 1950 o lucrare asupra ostilității copiilor alergici. Tot în 1950 Mitchell propune un chestionar descris de Kraft (141) în articolul său: „Aplicarea conceptelor psihodinamice în practica alergică.” Și tot în 1950 Alexander postulează că sistemul nervos parasimpatic este utilizat pentru a produce o energie de blocaj a emoțiilor care sunt astfel blocate sau reprimite. Această teorie este de altfel reluată în 1952 de Szass pentru care „tulburările psihosomatice nu se manifestă decât cu ajutorul fenomenelor somatice și ulterior prin sistemul nervos autonom”.

Începând cu acea perioadă, lucrările se înmulțesc și opiniile, rămânând pe aceeași linie dată de Dunbar în 1938, se deosebesc sensibil. Mai putem cita lucrările lui Dawes, în 1953, care introduce rolul tatălui în istoria copilului alergic, lui Margolin (157) (1954), care publică psihoterapii ale unor mame de copii alergici, lui Alowitz (1954) care studiază comportamentul copiilor îndepărtați de părinți la Na-

tional — Jewish House, lui Hubie (1954). Trebuie să notăm mai ales în acea epocă, în 1954, debutul lucrărilor lui Kaufman (137) care se apleacă cu foarte multă competență asupra aspectului psihosomatic al alergiilor indeosebi alimentare. Să cităm în fine lucrările lui Jessner (1955), Duest (1955), Crockett (1957), Hinman (1958), Kraf (1957, 1958, 1959), Blumenthal (1959), Abramson (1959) (4).

b — Școala reflexologică însăși chiar dacă este depășită, a marcat o întreagă epocă și cu toate acestea au fost realizate puține lucrări pe această temă. Cea mai interesantă este fără îndoială cea a lui Danilovic, Nicolice, Devecerski (1956), care insistă asupra rolului factorilor psihici în accesele astmatice. Acești autori trag concluzia că emoțiile nu pot fi cauza primelor atacuri astmatice dar că ele pot, împreună cu alți factori (infecție, alergii...), juca ulterior un rol important și în cursul astmului în declanșarea acceselor astmatice. Creșterea numărului nevrozelor în vremurile noastre pare astfel să joace un rol important în numărul crescând al astmaticilor și *vice versa*.

c — Școala olandeză este reprezentată prin Stockvis, care în 1937 deja includea printre tulburările psihosomatice nevrozele de organ și isteria de conversie însoțite sau nu de factori etiologici sau de alți factori. Apoi, Groen (119) s-a interesat îndeaproape de medicina psihosomatică în general și de alergii în particular, insistând mai ales asupra factorilor emoționali generatori de accese alergice.

d — În Italia, Roudani, reluând o schemă neurofiziologică, subliniază influențele psihice de natură emoțională care se propagă pe căile sistemului neurovegetativ, care își are centrul superior în diencefal și că ele pot acționa asupra funcțiilor oricărui organ, determinând astfel tulburări care pot, prin repetare, crea veritabile leziuni anatomice. Școala italiană reprezentată de Belloni critică teoria lui Alexander, acceptând conceptul de acțiune de alarmă nespecifică ce este stimulul emotiv. În acest mecanism, intră în joc doi factori: intensitatea și durata acțiunii timotrope și susceptibilitatea constituțională sau dobândită a centrilor emoției. Trebuie să cităm încă lucrările lui Lunedei care, de timpuriu, a expus problema patologiei nonre-

active a țesuturilor înlăturând ipoteza șocului antigen-anticorp, sau cel puțin, neacordându-i decât puțină importanță.

e — Școala germană, formată din Branch, Brautigam, Mistcherlich, a fost pe ansamblu și o perioadă îndelungată mult mai centrată asupra fenomenologiei decât asupra psihanalizei.

f — Școala franceză a urmărit diferite tendințe reprezentate de autori ca Ziwar, Marty, Courchet, Racamier, Soulé și Couvreur, Sivadon, Porot, Hyvert, Fagard și Lambert. Unii s-au interesat de extinderea de la alergii la întreaga psihiatrie, ca Hyvert, Fagard și, într-un sens, și Sivadon. În fine, alții s-au orientat din contră către o concepție psihanalitică: Racamier, Couchet, Marty, Fain, M'Uzan, David. În realitate, lucrările lui Marty sunt cele care au marcat cel mai profund această cercetare și care au inaugurat de altfel întreaga teorie psihosomatică a școlii numită din Paris.

Astfel istoria ideilor s-a diversificat în planul psihosomaticii alergiei, și prin ea, istoria psihosomaticii în general de-a lungul unei perioade de 20 de ani în care cercetările s-au extins foarte mult. Din punct de vedere etiologic, putem spune că au fost invocate toate eventualele cauze, de la cea mai neurofiziologică la cea mai psihodinamică.

De fapt bilanțul tuturor acestor date și eforturile foarte importante depuse pentru o mai bună înțelegere nu reprezintă un rezultat foarte pozitiv. Fără îndoială deoarece a fost lăsat deoparte cel mai important dintre ele, și anume ceea ce noi indicăm în prezent ca aparținând relației transferențiale.

Substanța acestor numeroase lucrări ne arată în ce măsură boala alergică, exemplificatoare pentru cercetarea și teoretizarea din psihosomatică, a fost într-un fel codificată după schemele proprii disciplinelor elaborate, una dintre ele și nu cea mai puțin importantă fiind neurofiziologia. Mecanismele neurofiziologice concepute ca valabile din punct de vedere etiologic au fost astfel avansate și nu este lipsit de interes să vedem cum se prezintă această structurare de alură științifică, chiar dacă acum ea este depășită.

În Franța, Ziwar și Courchet au fost primii care au lucrat în acest sens și astfel Ziwar a putut scrie:

Lucrările deja clasice ale lui Reilly și ale școlii sale au pus într-o nouă lumină anumite tablouri clinice ale reacțiilor alergice ce apar în cursul febrei tifoide mai ales, demonstrând participarea sistemului nervos autonom. Nocivitatea reactivă a organismului este pusă în evidență într-o manieră strălucită și noțiunea de boală încetează a mai fi confundată cu cea de etiologie în sensul pasteurian al cuvântului.

Mai recent, lucrările lui Selye, stabilind participarea hormonală, și anume a ACTH-ului și cortizonului, au avut meritul de a pune accentul pe apărările nespecifice ale organismului, întotdeauna identice oricare ar fi agentul atacator, și care constituie când sunt intense, boala numită de adaptare. Or, ACTH-ul și cortizonul s-au dovedit deosebit de eficace în tratamentul simptomelor alergice. Pe de altă parte, experimentarea și investigația anatomo-patologică au dezvăluit strânsa înrudire a alergiei cu bolile de collagen, boli tipice de adaptare (Ziwar) (246).

De fapt, pentru a prezenta într-o manieră mai clară ceea ce descriem ca mecanisme neurofiziologice fundamentale, vom urma planul clasic care are în vedere succesiv influențele și natura lor, centrii cerebrale și calea centrifugă: aici este însăși schema unui anumit tip de știință, și anume arcul stimul-răspuns, mesajul trecând printr-un centru de coordonare și integrare.

Calea centripetă cuprinde stimulii externi care determină stările alergice. Ei sunt atât de natură fizică, în ceea ce privește calitățile ce țin de alergen însuși, cât și de natură emoțională. La un nivel foarte elementar de altfel, am putut vedea că emoțiile determinau reacții spasmodice la nivelul căilor respiratorii în aceeași măsură ca și în sistemul cutanat.

Grace, W. J. Wolf, H. G. Wolf (115) au studiat reacțiile cutanate la bolnavii care prezentau urticarie. Acești bolnavi, în timpul discuțiilor, manifestau tulburări vasculare îndată ce evocau conflicte personale (dilatarea capilarelor și a arteriolelor). La alții, stresul emoțional produs de o discuție încărcată afectiv determina schimbări în secrețiile

nazale. Acești autori au arătat importanța mai mare a semnificației alimentelor decât a naturii lor fizico-chimice: bolnavii sensibili la lapte au prezentat reacții alergice după ce au absorbit capsule despre care credeau că conțin acest produs.

Groen (119) a studiat din punct de vedere neurofiziologic manifestările astmatice. Stimulii psihici sau emoționali specifici ajung să declanșeze un spasm bronșic care explică șuieratul expirator tipic.

Leigh citează cazul unei morți subite în cursul unei crize de astm survenite la câteva zile după o serie de ședințe psihoterapeutice în cursul cărora se produsese o eliberare emoțională intensă. Există alte cazuri de moarte astmatică survenită la câteva ore după o ședință de psihoterapie, și ipoteza avansată de Leigh este că o descărcare emoțională excesivă poate fi făcută responsabilă de o hiperemotivitate parasimpatică ce provoacă totodată brohoconstricția și bronhosecreția ce declanșează criza de astm.

Courchet a cules de asemenea exemple deosebit de demonstrative în care stimulii antrenează reacții cutanate. El reamintește observația lui Ch. Richet: „O femeie care, temându-se ca copilul său să nu fie decapitat accidental, vede apărând în jurul propriului său gât un colier eritematos persistent.” De asemenea, stările extatice sunt însoțite deseori de stigmatisme cutanate. În sfârșit, hipnoza aduce dovezi în același sens: prin sugestie hipnotică pot fi create diverse tulburări cutanate.

Toți stimulii ajung apoi într-un *centru diencefalic* așa cum au arătat experiențele lui Cannon și Bard. La fel J. Turiaf și Martinetti, bazându-se pe observații interesante, au arătat posibilitatea unei patogenii postemoționale a astmului când diencefalul este afectat de acești factori emoționali. În plus, diverse manifestări clinice sunt în favoarea acestei concepții, și anume: tulburări ale somnului, ale apetitului, variații în greutate, sindrom disendocrinian, dezechilibrul neurovegetativ global. O contra-probă clinică conduce de asemenea la confirmarea acestei ipoteze: încercările de radioterapie diencefalică în doze mici regulatoare au dat rezultate încurajatoare, cu suspendarea completă a crizelor în jumătate din cazuri.

În ceea ce ne privește, începând de la primele noastre lucrări, am insistat asupra pericolului pe care îl reprezintă noțiunea ideală de centru, în ochii noștri loc imaginar mai mult decât organ creator. Este la

acest nivel asemănător cu ceea ce s-a spus despre afazie, unde noțiunea de centru a avut soarta pe care o știm. În orice caz, când este vorba de o tulburare de personalitate, ideea unui nucleu oarecare care să primească și să distribuie influxurile și sensul lor nu este desigur decât o ficțiune.

Același lucru este valabil și în ceea ce privește *calea centrifugă* pe care influxurile, într-o tematică neurofiziologică, o vor urma. Această cale periferică utilizează sistemul parasimpatic și experimentele au arătat că, prin stimularea fibrelor colinergice, se pot obține reacții cutanate sau manifestări pulmonare.

O observație interesantă este cea a lui Fowler care împarte astmul nazal în două tipuri: guturai alergic și guturai infecțios, acesta din urmă fiind datorat unei hiperactivități a simpaticului, în timp ce guturaiul alergic se datorează hiperactivității parasimpaticului; hiperactivitatea sistemului parasimpatic generează o paloare a mucoasei.

Ca dovadă că această hiperactivitate a parasimpaticului este responsabilă de tabloul clinic al rinitei vasomotorii, autorul citează cazul unei tinere fete a cărei mucoasă a nării drepte era palidă și umedă ca urmare a ablației ganglionului stelar din această zonă. Cel mai ușor curent de aer sau schimbarea timpului provoca un blocaj aproape complet al acestei zone. Zona nesimpatectomizată rămânea normală. Cinci alți bolnavi prezentau simptome asemănătoare după ablația ganglionului stelar.

Autorul descrie o serie de bolnavi atinși de rinită vasomotrice. El a găsit factori psihologici predominanți în toate cazurile, guturaiul nazal poate fi provocat de stimuli endocrini, emoționali sau fizici care au probabil o acțiune asupra sistemului nervos autonom. El crede că stresul emoțional poate predis pune sistemul autonom al anumitor indivizi la a reacționa de manieră mai intensă la traumatisme fizice ca frigul, picioarele umede sau chiar prăfuite.

Aceasta este deci schema neurofiziologică cu cele trei segmente ale arcului reflex. Ceea ce am spus pe tema noțiunii de centru este valabil pentru întreaga această concepție care, dacă păstrează un anumit interes pentru cercetătorii în neurofiziologia de finețe, devine o simplificare naivă dacă o lărgim asupra ansamblului întregii personalități.

Din altă perspectivă, în întregime clinică, nu trebuie să neglijăm lucrările pe care psihiatria cea mai clasică le-a adus în ceea ce privește cunoașterea bolii alergice. Dar dacă aici anumite contribuții par încă fructuoase, toate eforturile sunt departe de a fi dat roade.

Fără a merge prea departe în cercetările psihodinamice, psihiatrii observaseră deja legături esențiale între alergii și boala mintală. Aceste legături pot să se facă după diferiți vectori în funcție de natura stării mentale și relația mai mult sau mai puțin stabilită între această stare și starea alergică. Astfel că au fost descrise separat neuropsihoze de origine alergică, stări nevrotice la alergici și în fine psihoze la aceiași pacienți.

Neuropsihozele de origine alergică sunt stări psihotice acute sau mai mult sau mai puțin cronice care apar în relație directă cu agresiunile alergice. Ele apar în general ca complicații în cursul bolilor deja definite iar forma lor clinică poate îmbrăca trei modalități esențiale.

— Anumite psihoze apar de manieră acută în cursul accidentelor alergice diverse ca de exemplu complicațiile psihice pe care le observăm în cursul bolii serice și care se pot vedea în diferitele tipuri de sensibilizare. Soulé și Couvreur raportează numeroase cazuri publicate în literatură în care au apărut tulburări psihice după diferite tipuri de stimulări traumatizante: vopsirea părului (Tzanck), novocaină (Tzanck și Abadi), novarsenobenzol (Tzanck), ingestie de cretă (Mathieu) etc.

Toate aceste tulburări survin destul de rapid după introducerea alergenului și se manifestă în ansamblu de manieră destul de identică. La minim, este vorba de o simplă stare depresivă cu anxietate; la maxim, de o stare delirantă cu agitație. Dar starea cel mai frecvent întâlnită este cea a unei confuzii mentale mai mult sau mai puțin intensă, cu subagitație, anxietate, dezorientare temporo-spațială. În ansamblu, prognosticul este bun și aceste stări se vindecă destul de rapid.

— Alte cazuri mai specifice au permis descrierea unei veritabile psihoze a bolii serice așa cum o studiaseră Rogers și Paillas în 1936. Clasificarea pe care acești autori o dădeau este încă valabilă, separând accidentele precoce cu angosă, agitație, delir sau somnolență și fiind însoțite deseori de accidente alergice cutanate (urticarie, prurit), și accidente tardive cu anxietate, elemente confuzionale, agitație, tremor. Evoluția este în general favorabilă dar asocierea cu tulburări ne-

urologice de tip deseori paretic este un factor agravant pentru prognostic.

— În sfârșit alte psihoze sau boli neurologice reprezintă un al treilea aspect al acestor stări a căror origine ar fi alergică. Există aici un sens avut în vedere de anumiți autori ca Hyvert, pentru care stări ca schizofrenia sunt în raport cu afecțiuni alergice, în general microbiene.

Mai interesantă este teoria lui Sivadon care cercetează legăturile mai profunde între alergii și psihonevroză. Pentru acest autor, găsım în mod frecvent în procesul de instalare a nevrozelor și psihozelor schema următoare: un eveniment este trăit de subiect ca un pericol grav pentru personalitatea sa; urmează o perioadă de latență cu mici semne de intoleranță (caracteriale, senzoriale, digestive...), cefalee, astenie, tulburări ale somnului și uneori etilism; în fine după un interval variabil de la șase luni la mai mulți ani, un nou șoc emoțional, minim de data aceasta, declanșează tulburările patologice. La acești bolnavi, terenul cuprinde deseori: imaturitate nervoasă, tuberculoză, accidente alergice. Schema amintește de cea a alergiei.

În plus, Sivadon, plecând de la faptul că tulburarea mentală pare să fie un eșec în efortul de adaptare al individului la mediul său, regăsește la aproape toți subiecții observați, în antecedentele lor, tulburări din seriaergică. În anumite cazuri, el observă o anumită oscilație între reumatism și depresie, migrene și angioase. Difuzia și generalizarea alergiei se traduc prin faptul că evenimentele și situații din ce în ce mai variate și disparate sunt de ajuns pentru a declanșa manifestări de intoleranță, de unde aspectul de „nemotivat” al acestora din urmă. Regăsim deseori la psihozați o stareergică tuberculoasă. Ori-ce reamintire a evenimentelor traumatizante va mobiliza apărările alergice create de starea infecțioasă inițitoare și investită de starea emoțională pregătitoare.

Psihoterapiile acționează deci ca terapeutici de desensibilizare. Toate utilizează un mecanism comun: ridicarea apărărilor subiectului grație unei situații privilegiate de securitate, de transfer afectiv, evenimentele traumatizante fiind lipsite de aspectul lor periculos.

În măsura în care tulburarea mentală pare a fi consecința unei ne-asimilări de către subiect a anumitor aspecte ale mediului său, se pare că regula terapeutică esențială constă în a favoriza această asimilare

ridicând apărările sistemului nervos prin metode de desensibilizare sau de șoc, prin stabilirea unui climat de securitate grație unui model artificial de relații afective (psihoterapii diverse...), prin metode filactice (somn, comă) și de a favoriza retrăirea, în aceste condiții privilegiate, a evenimentelor neasimilate.

De fapt această apropiere făcută de Sivadon între anumite psihoze și alergii are un caracter artificial. Faptul că o psihoză survine ca urmare a unui șoc emoțional declanșator, care urmează unei prime crize „pregătitoare”, după o lungă perioadă de latență, nu introduce nici o înrădăcinare de fond între această psihoză și fenomenele alergice, ci doar o anumită analogie în derularea cronologică a faptelor. Totodată o asemenea paralelă nu este lipsită de interes și din acest motiv am păstrat descrierea în ciuda criticilor pe care le generează o asemenea concepție.

Asupra stărilor nevrotice la alergici, a doua perspectivă pe care ne-o aduce cercetarea clinică, nu vom insista aici, propunându-ne să reluăm fondul problemei mai târziu.

Să notăm numai că psihiatrii au reperat asocierea relativ frecventă a isteriei, a nevrozei obsesionale sau a personalității psihopatice cu alergia.

Abramson, în comparație cu forma pseudonevrotică a schizofreniei lui Hoch și Polatin, descrie o formă de schizofrenie pseudo-alergică, în care sindroamele alergice sunt utilizate inconștient pentru a evita punerea în joc a proceselor psihotice.

În sfârșit, există stări psihotice la alergici diferite de psihozele de origineergică. Înțelegem prin aceasta apariția tulburărilor mentale la alergicii cronici, fără să existe relații aparente de cauzalitate între cele două cercetări. Unii se pronunță în favoarea existenței la bolnavii internați a unor tulburări frecvente de tipergic, dar cea mai mare parte a lucrărilor arată contrariul, și anume că, cu excepția epilepticilor, fenomenele alergice sunt mai puțin frecvente la bolnavii internați decât la populația-martor.

Statistici extinse făcute acum mai mulți ani mai ales în Statele Unite, în special de Mac Inniss, Leavitt și Mac Allister, au arătat într-adevăr că procentajul semnelor deergie cercetate fie prin metode clinice, fie prin teste este mult mai mic la bolnavii internați decât la subiecții normali. Aceste date par să poată explica dintr-o perspec-

tivă psihodinamică posibilitatea unei pendulări între cele două reacții, dintre care una este psihoza, iar cealaltă boala alergică.

Toată această insuficiență a cercetărilor precedente ne conduce către o înțelegere psihodinamică a bolii alergice și este foarte evident că psihanaliza când s-a implicat, într-un fel, în această problematică, a clarificat-o într-o manieră cu totul diferită.

Lucrurile nu sunt cu toate acestea simple și nu putem scrie că deodată totul a fost pus într-o lumină nouă din cauză că psihanalistii s-au aplecat asupra acestei probleme. Din contră, în funcție de plasarea accentului pe psihogeneză sau pe aici-acum-ul din cură, asupra fixației sau asupra regresiei, asupra structurii personalității și rigidității sau evoluția ei prin mecanismele de apărare, lucrurile s-au complicat în sensul bun, adică spre o bază mai bogată și o deschidere mai largă dar fără ca aceasta să fie cu adevărat explicativă.

În ceea ce ne privește vom pleca de la ceea ce este mai simplu pentru a ajunge la o înțelegere mai complexă, adică: de la declanșarea emoțională admisă de toți, la semnificația sa analitică controversată încă. Plecând de la ideea că anumite stări alergice acute sunt declanșate emoțional, vom cerceta dacă există tipuri de personalitate specifice acestor stări, în fine vom încerca să găsim în istoria subiectului, fie ea înscrisă în copilărie sau recreată *après-coup* în cură, elemente conflictuale caracteristice, după diferite teorii pe care le vom expune succesiv.

1 / Este un fapt clinic evident că *crizele alergice* sunt declanșate de un vector emoțional. Încă din 1860 Salter remarcase deja că emoțiile declanșează uneori urticarie sau o diaree alergică. Literatura furnizează numeroase exemple (dintre care primul ar putea fi observarea clasică a cavalerului de Laënnec), dar noi vom aminti, după Ziwar, auto-observarea lui Trousseau „care, crezând că vizitiul său îl înșela în calitatea ovăzului folosit, se irită și ordonă să fie măsurată în fața lui cantitatea de ovăz. Cu această ocazie avu o puternic atac de astm. Marelui clinician comenteză astfel faptul: de o sută de ori pe străzile Parisului sau pe bulevarde, de o sută de ori pe marile șosele, mă regăsisem în mijlocul unei atmosfere de praf în alt fel densă decât aceea pe care o respirasem atunci un foarte scurt moment. Sub influența

morală pe care o determina ideea unui furt în casă, oricât de puțin important era acest furt, sistemul meu nervos era zdruncinat și o cauză foarte neînsemnată în sine acționa asupra lui cu o intensitate excesivă.”

Asemenea exemple sunt foarte obișnuite și nu vom cita decât două, de asemenea clasice: Metzger raportează observarea unui subiect alergic la trandafiri care prezenta fânului când zărea trandafiri artificiali. Porot remarcă faptul că manifestările alergice somatice de tipul edemului lui Quincke apar în timpul perioadelor de război sau conflictelor sociale.

Un alt fapt bine cunoscut de către medici vine să sprijine importanța acestor evenimente emoționale: eficacitatea atribuită tranchilizantelor la anumiți bolnavi. Anumiți subiecți epuizând toate resursele farmacologice de desensibilizare, care prezentau pe de altă parte o ușoară stare nervoasă asociată, ajungeau la o vindecare spectaculoasă cu ajutorul sedativelor.

Dar chiar și în astfel de cazuri, în care accesul alergic intră în cadrul comportamentului emoțional, substituindu-i-se sau asociindu-i-se, simțim clar că problema nu este atinsă în profunzimea sa. Mai întâi pentru că o asemenea perspectivă asupra lucrurilor ne aduce la nivelul arcului reflex, ceea ce poate fi de ajuns în plan pragmatic, dar lasă nesățisfăcută dorința de cunoaștere. În al doilea rând, mai ales pentru că acești stimuli emoționali nu sunt eficace la toată lumea, pentru că deseori cauza ne scapă sau nu există, sau că în cele din urmă ea nu are valoare decât pentru individul însuși. Trecem, în acel moment, de la emoție, fenomen general, la emoția subiectului, fenomen particular, individual și incomparabil cu vreun altul.

2 / Acesta este motivul pentru care cercetările s-au orientat către a încerca definirea unui tip de personalitate propriu acestor pacienți. Există aici un nivel profund, care constă în a cerceta dacă anumite tipuri de personalitate nu sunt mai sensibile ca altele la alergii. Acest demers a fost inițiat de lucrările lui Dunbar, a cărui teorie este exact aceea a unui destin psihosomatic ce depinde de tipul de caracter; mai precis s-a încercat definirea unor criterii de personalitate pe baze clinice și psihotehnice.

Pe plan clinic anumiți autori ca Leigh au studiat personalitatea astmaticilor făcând o comparație între ei: un grup de astmatici tratați de un medic generalist, un grup de astmatici ce depindeau de un spital psihiatric, un grup de nevrotici, un grup de subiecți normali. Fiecare grup era subdivizat după sex în două subgrupuri supuse unui chestionar care permitea evaluarea inadapării, a depresiei, a anxietății, furiei, hiperemotivității. Printre bărbați, astmaticii urmăriti de medicul generalist s-au dovedit diferiți de nevrotici, în timp ce cei ce depindeau de spitalul psihiatric nu erau diferiți de nevrotici decât prin faptul că erau mai puțin emotivi.

Printre femei, aceste două grupe de astmatici nu au arătat diferențe semnificative. Dar astmaticele din spitalul psihiatric se apropiau mai mult de grupul de nevrotici decât astmaticii urmăriti de un medic generalist.

Linfort și Rees au studiat personalitatea și antecedentele a 762 de subiecți dintre care 441 sufereau de astm alergic și 321 serveau drept grup de control. În mod similar, anumite tipuri de personalitate nespecifică se asociază cu astmul și la acești pacienți apar, mai frecvent la astmatici decât la cei din grupul de control, următoarele semne: hiperanxietate, timiditate, hipersensibilitate și trăsături obsesionale pronunțate. Acești autori au arătat încă o dată că emoțiile precipită criza la un număr important dintre bolnavii lor; toate tipurile de tensiune emoțională pot fi responsabile pentru aceasta, de la excitația agreabilă până la anxietate și depresie. Dar mai mult încă decât emoția, susceptibile de a declanșa o criză de astm sunt suprimarea sau exprimarea inadecvată a unei emoții.

Gendrot, care a condus un studiu psihologic care se referea la 112 cazuri de astm, trage concluzia că printre mulții factori psiho-emoționali care declanșează criza, există anumite elemente mai constante: insecuritatea vitală prelungită, însumarea grijilor și frustrărilor materiale și profesionale reale, emoție intensă, reținere pulsională sexuală și agresivă, abandon și necazuri reale. Decker și Grain consideră că exemplele de emoții ce provoacă crize de astm nu sunt de ajuns pentru a constitui o dovadă a etiologiei crizelor. Încercând să studieze asemenea crize numite psihogene în condiții de laborator, ei au aplicat teste cutanate și respiratorii la 12 bolnavi și i-au supus la stimuli psihologici aleși după *curriculum vitae* al lor. Testele respiratorii con-

stau într-o măsurare a capacității vitale (ei erau considerați ca pozitivi când capacitatea vitală era redusă la mai mult de 10%). Șase dintre pacienți nu au reacționat când au fost expuși la condițiile artificiale ale situațiilor iar trei au avut crize reale și o diminuare trecătoare a capacității vitale însoțită de semne minore ale astmului; alți trei au avut crize ușoare și fără diminuarea considerabilă a capacității vitale. Acești autori consideră crizele descrise ca fiind foarte psihogene. În cazul a șase bolnavi care nu au răspuns la testul stimulator, stimulii nu erau probabil destul de apropiați de situațiile originale descrise.

Clarke a studiat importanța problemelor caracteriale la copilul alergic. Tulburările observate erau de natură foarte variabilă și se pare că ele s-au ameliorat în cea mai mare parte după tratarea alergiei.

În ceea ce ne privește, o cercetare efectuată cu Charpin și Planson, privind examinarea a 50 de bolnavi astmatici alergici, nu ne-a adus nici o precizare cu privire la posibila lor structură diferențială.

Pe plan psihotehnic au fost efectuate teste foarte numeroase pentru a încerca punerea în evidență într-o manieră mai precisă a anumitor caractere specifice ale personalității: teste proiective, inventare de personalitate sau altele, dar concluziile la care s-a ajuns nu par să fi adus multe rezultate pozitive.

Astfel, Kraft și Blumenthal au utilizat numeroase baterii de teste, ca inventarul Minnesota sau Bell Adjustment Inventory.

Fitsell la rândul său a supus 100 de mame de astmatici și 100 mame-martor la multiple teste în scopul de a regăsi trăsăturile caracteriale de familie specifice. Rezultatele acestor diferite teste arată că nu există trăsături caracteristice la familiile studiate.

Toate aceste cercetări, fie ele clinice sau bazate pe teste, nu au făcut să rezulte în final nici un caracter specific al personalității astmatice. Putem spune că unii dintre acești pacienți au o structură obsesională, alții o structură isterică, alții cele două asociate; unii sunt nevrotici, alții au doar trăsături nevrotice; în cele din urmă, când găsim câteva trăsături deosebite, nu par a fi specifice.

3 / Dacă deci cercetările nu ne-au adus mare lucru în înțelegerea bolii alergice, după emoție, după personalitatea de bază, specificitatea a fost căutată mai departe, încercându-se indicarea unui conflict infantil specific.

Din punct de vedere istoric totul începe cu opera lui Alexander care, în 1941, împreună cu French și Ben Rappaport, pune în valoare factorii psihici ai astmului bronșic. Începând cu această dată, acești autori definesc fundamentele unei psihodinamici a stărilor alergice ale astmului în particular, fundamente pe care le rezumă în zece puncte esențiale.

- 1) Separarea de mamă este problema emoțională centrală.
- 2) Criza de astm are valoarea unui strigăt refuzat către mamă.
- 3) Mamele persoanelor astmatice sunt deseori de tip „reactiv”.
- 4) Unele mame ale persoanelor astmatice sunt foarte mândre de independența precoce a copilului.
- 5) Respirația noului născut reprezintă primul pas către o independență biologică a copilului față de mamă.
- 6) Astmul apare deseori în prima copilărie.
- 7) Pulsunile sexuale par a avea semnificație pentru declanșarea atacului.
- 8) Mai multe persoane astmatice au dificultăți în a lua hotărârea de a se căsători.
- 9) După ce alergicii au depășit cu succes conflictele lor emoționale datorate emancipării față de mamă sau de o figură maternă, ei devin mai rezistenți la alergeni.
- 10) Pragul de sensibilitate alergică depinde de starea emoțională a bolnavului.

Mai târziu, Alexander a pledat pentru o teorie mixtă, organică și psihodinamică totodată, iar ultima sa concepție se poate rezuma astfel: cu cât există mai mulți factori psihogeni, cu atât mai puțini factori organici sunt necesari, și *vice versa*. Această teorie nu aduce prea multe lucruri noi și se pare că Alexander a spus lucrurile cele mai reale în planul dependenței față de mamă. În ceea ce privește aspectul simbolic al crizei alergice, Alexander a revenit la el ulterior, așa cum notează într-o observație în care astmul apare la o femeie în vârstă în momentul în care își pierde treptat obiectele care o înconjoară, ultimele legături simbolice cu o mamă absentă în timpul copilăriei sale.

Plecând de la ideile lui Alexander, au fost puse în valoare un anumit număr de aspecte esențiale, pe care le enumerăm:

a — *Dependență față de mamă.* — Această temă era cunoscută de mult timp și numeroși autori o prezentaseră, dar o regăsim perfect dezvoltată mai ales în lucrările lui Miller și Baruch. Pentru acești autori, punctul de plecare cel mai important este faptul că mama respinge copilul. Bineînțeles, această respingere poate fi evidentă sau ascunsă prin atitudini de supracompensare afectivă, ceea ce face de altfel dificile studiile statistice. Înțelegem deci că nu este ușor să marcăm diferența dintre dorință și cerere, și că în cele din urmă ceea ce numim „respingere” nu este întotdeauna același lucru. Întotdeauna însă, existând această respingere, ea atrage după sine mai întâi o nevoie de dragoste care rămâne nesatisfăcută pentru totdeauna; apare apoi frica constantă pe care o încearcă copilul să nu își piardă mama și în fine agresivitatea pe care o resimte același copil dar pe care nu o poate exprima deoarece dacă ar exprima-o, el ar risca, o dată în plus, să își piardă mama. La apogeul acestui conflict se produce criza și această criză este o veritabilă cerere de ajutor care nu a putut fi verbalizată. Studiul asupra părinților acestor copii arată fenomene importante dintre care primul este că mama a fost, ea însăși, respinsă. Pe scurt este vorba aici de o transmitere ereditară, nu genetică, de o situație afectivă asemănătoare. În ceea ce privește tatăl, dacă el joacă vreun rol, o face prin inexistența sa și prin incapacitatea de a-și asuma o funcție virilă.

Continuându-și studiile, acești autori au arătat că alergicii aveau anumiți factori psihologici comuni. După ei, copilul alergic apare într-o familie atunci când mama nu o dorește sau când dorința ei este ambivalentă. Așa cum scriu Miller și Baruch (178):

Uneori, de altfel, trebuie să recunoaștem că este adevărat contrariul: ea dorește un copil pe măsura fantasmelor sale, a satisfacțiilor pe care el le-ar aduce. Apar decamăgiri și alte sentimente care îi dictează conduita în ceea ce privește copilul. Este creată o separare emoțională pe care copilul o interpretează ca pe o respingere. Asemenea sentimente de eșec generează un alt tip de sentimente; nici un om nu poate suporta asemenea privațiuni fără furie. La copil apare ostilitatea cu privire la persoana sau persoanele care par să-i refuze ceea ce dorește. El dorește să se închidă în sine, dar se teme atât de respingere încât nu îndrăznește să riște o furie care poate atrage

după sine o mai mare respingere. Există un blocaj al sentimentelor ostile. Copilul le menține în interiorul său, dar presiunea lor cere o rezolvare. Această rezolvare el o găsește întorcându-și ostilitatea către interior, împotriva sa.

Un alt studiu asupra a 90 de copii alergici și 53 de copii nealergici a arătat că ostilitatea exteriorizată era modul de exprimare cel mai obișnuit la copiii nealergici, în timp ce copiii alergici se foloseau în general drept țintă pe ei înșiși.

b — Importanța stării emoționale. — Starea emoțională specifică a conflictului în care se găsește subiectul alergic a fost studiată mai întâi de către Kaufman (137) în legătură cu alergiile alimentare. Acest autor s-a interesat de semnificația pe care o puteau căpăta anumite alimente la copil; într-adevăr:

Hrana este asociată simbolic cu diverse semnificații emoționale foarte devreme în viață, astfel că pentru fiecare individ, un aliment este asociat cu o emoție. Reacțiile psihogene la hrană cuprind angustia, culpabilitatea, depresia, ostilitatea, atitudinile de dependență pasivă, euforia. Somatizarea cea mai obișnuită a acestor reacții psihice față de hrană se face deci în tubul digestiv sub forma grețurilor, vomeli, indispozițiilor, crampeilor.

Kaufman a studiat de asemenea cefaleele alergice care apar la diferite tipuri de personalități dar în ansamblu întotdeauna intolerante la efectele frustrante ale unui stres imprezvizibil. Deseori acești bolnavi văd dezvoltându-se reacții de apărare care cresc supratensiunea lor emoțională și favorizează producerea cefaleelor psihogene. Kraft a observat la rândul său fenomene emoționale asemănătoare, dar la bolnavii de urticarie sau astm. La bolnavii de urticarie, el a utilizat mai ales teste care i-au permis să tragă concluzia că urticaria cronică reprezintă și ea somatizarea unui tip de dependență frustrată reprimată. În ceea ce privește relația exactă dintre emoție și criză, Kraft a raportat cinci observații de bolnavi morți în cursul unui acces, lucrare pe care a intitulat-o *Sinucidere prin astm*. Acești cinci bolnavi aveau toți importante tulburări de personalitate, în special o agresivitate ex-

cesivă dar pe care nu o putuseră exprima. Cele două caracteristici principale ale lor erau un sentiment de dependență foarte vechi cu o incapacitate de a se lega de un altul într-o manieră satisfăcătoare. Așa cum spune Kraft (141) aceste caracteristici reflectau primele reacții ale mamei care prezenta, alternativ, o supraprotecție și o competiție ostilă, comportament care în cele din urmă bloca toate tentativele copilului în dorința sa de a se apropia de ea. La acești bolnavi, cel mai mic stres era perceput ca un atac narcisic. Aparența emoțională nu mai putea fi menținută și, din cauza rigidității personalității, nici chiar „eul” nu putea regresa. Singura soluție era astmul, criză prin care acești bolnavi obțineau dragostea sub forma atenției fizice și a îngrijirilor. În același timp, ei utilizau boala ca pe un mijloc primitiv de exprimare a ostilității lor. Dar aceste două satisfacții antrenau la rândul lor o culpabilitate și o nevoie de autopedepsire. Ca și Bennet, Kraft arăta de asemenea că, la indivizii care sufereau de conflicte nevrotice, exprimarea normală a anumitor emoții este blocată din cauza reprimării și inhibiției ce provin dintr-o tensiune emoțională cronică. Acela antrenează tulburări ale sistemului neurovegetativ.

Hinnmam a insistat asupra influenței emoțiilor asupra unor asemenea bolnavi, emoții care pot fi cauza, sau consecința, sau ambele deodată. Acest autor arată necesitatea cunoașterii nivelului de maturitate al bolnavului. Danilovic, Nicolice, Devererski pun în valoare importanța emoțiilor, dar în măsura în care ele sunt asociate cu alți factori declanșatori.

În sfârșit, pentru Crockett, rolul emoțiilor ar fi mai important la femeie decât la bărbat (statistică făcută asupra a 819 bolnavi).

În realitate regăsim aici ceea ce Mohr, Gérard și Ross semnalaseră:

Mamele copiilor astmatici sunt foarte narcisice, ambițioase pentru ele însele și pentru copiii lor. Nu sunt femei deosebit de maternelle și au atitudini ambivalente sau de respingere față de copil. Atitudinile lor pozitive față de copiii lor nu apar decât în slujba graficațiilor narcisice. Tații sunt pasivi și nu se interesează de activitățile copiilor.

c — De fapt, cercetarea psihanalitică a căpătat adevărul său sens după lucrările lui Bouvet, o dată cu lucrările fundamentale ale lui Pierre Marty a cărui intrare în cercetarea psihanalitică s-a făcut, dacă putem spune astfel, pornind de la alergie (159). Vom reveni mai târziu asupra teoriilor lui-Marty pentru a ne opri aici la ceea ce el a descris la alergici (astm, eczeme, urticarie, coriza, migrenă) plecând de la remarcile făcute asupra bolnavilor aflați în cură psihanalitică din alte motive, dezvoltarea ulterioară a bolii confirmând deseori diagnosticul. Așa cum scrie P. Marty:

Putem pune un diagnostic de alergie pornind doar de la existența relației de obiect caracteristice, chiar și fără a avea cunoștință de accidentele somatice specifice. Relația dintre isterie și alergie este stabilită astfel: istericul evită obiectul, obsedatul se ține la distanță de el; alergicul nu are decât o dorință unică și esențială: să se apropie cât mai mult posibil de obiect până la a se confunda cu el.

Există două mișcări în care subiectul este angajat activ: prima constă în sechestrarea obiectului, a doua în amenajarea acestui obiect. Subiectul și obiectul nu sunt atunci decât unul și același lucru, printr-un mecanism de identificare. Există de asemenea o predominanță a fixațiilor pregenitale la alergici și aceste fixații antrenează evident câteva modificări față de forma pură descrisă. Într-adevăr:

Fuziunea nu se poate realiza decât în anumite limite convenabile pentru idealul subiectului... Obiectele trebuie să răspundă exigențelor nevrozei de caracter care nu pierde ocazia să însoțească stările alergice.

Regresia modifică de asemenea relația de obiect, în special în două cazuri destul de specifice ale relației alergice: primul eveniment se produce când un obiect deja investit relevă brusc o calitate proprie nouă, care se situează dincolo de posibilitățile plastice de identificare ale subiectului; al doilea eveniment care declanșează regresia survine când se manifestă incompatibilități majore între două obiecte egal investite. Această regresie a alergiei poate merge până la simptome de depersonalizare în care apar episoade de alură psihotică:

Simptomul somatic a cărui apariție întârzie izbucnirea alergiei nu trebuie considerat doar ca un obiect intern banal, un obiect de ajutor... el trebuie apreciat la propriul său nivel, mai arhaic, fundamental la alergic, nivelul umoral... Apărarea umorală se substituie sistemului relațiilor de obiect în regresia alergicului. Ceea ce implică un nivel de fixație prenatal foarte arhaic. Sistemul relațiilor de obiect al alergicilor își plasează poate rădăcinile la același nivel de fixație.

În ceea ce privește diagnosticul, Marty face încă în mod clar diferența între relația de obiect a alergicului și cea a istericului:

„În fața unui obiect pasiv, alergicul nu se retrage niciodată, în timp ce, în fața aceluiași obiect pasiv, istericul se retrage din cauza proiectiei obiectului său.” În plus „alergicul va reacționa aproape întotdeauna favorabil la o mișcare de apropiere a analistului, ceea ce nu este cazul pentru isteric.”

d — Nu vom spune totul dacă dincolo de teoriile psihogene sau organogene, nu vom cita anumiți autori care au o concepție mai totală asupra bolii în care opoziția psihosomatică nu mai există. Aceste teorii de natură fenomenologică (Weizsacker, Mistherlich, Minkowski) își au fundamentul critic într-un text cum ar fi cel al lui Mistherlich (182) pe care l-am redat mai sus. Fără a ne opri mai mult asupra acestei accepțiuni a bolii psihosomatice care pune în joc personalitatea în totalitatea sa și în repetiția prezentificată a istoriei sale, vom aminti doar că, exact în planul bolilor alergice, Stockvis a ajuns la concluzia că susceptibilitatea alergică este în mod primitiv alergică și totodată în mod primitiv psihică, iar Groen apără poziții aproape similare.

Trebuie să recunoaștem că dacă facem abstracție de teoria lui Marty care dă alergiei una din explicațiile psihanalitice posibile, toate celelalte cercetări, oricare ar fi importanța lor, nu au lăsat urme esențiale în dosarul psihosomatic și în încercarea de a-l defini în ceea ce privește bolile alergice.

Că emoția joacă un rol, aceasta este sigur dar deloc explicabil; că subiectul are o personalitate specifică, aceasta este puțin probabil ex-

cepție făcând mecanismele de apărare și de relația de obiect specifică; că relațiile infantile sunt determinante în istorie sau în *après-coup*, aceasta este sigur dar nu putem spune că ar exista aici ceva original.

Astfel, dacă reluăm criteriile unui nucleu familial: o mamă care își respinge copilul și care îl sufocă prin compensare, un tată inexistent, acesta este în aceeași măsură mediul familial al unui schizofren sau al anumitor nevrotici.

Un timp, a putut fi multumitoare o anumită concepție, aceea a lui Alexander și Fromm (8): la un moment dat din viața copilului, foarte devreme în situația familială așa cum am descris-o, cu o mamă care îl respinge și un tată inexistent, se produce o afecțiune organică trecătoare. Simultaneitatea celor doi factori, evenimentul organic și conflictul familial, poate determina localizarea pe un anumit organ a exprimării conflictului. Astfel mai târziu, ca printr-un mecanism de condiționare, de fiecare dată când subiectul se va regăsi în aceeași situație, el va reacționa prin simptomul dobândit foarte timpuriu. Pe scurt, dacă rămânem la acest nivel, valoarea simbolică a bolii este dobândită prin condiționare.

Dar făcând astfel, operăm o alunecare periculoasă care determină confundarea valorii simbolice a unui simptom și eventuala valoare simbolică a unui sindrom. Putem într-adevăr admite foarte bine că, prin mecanismul descris de Alexander, diareea ar fi o expresie semnificând ostilitatea; că tusea ar fi, ca la Dora, dorința de a fi ca tatăl, că urticaria ar fi un apel la o mângâiere maternă refuzată. Dar toate acestea nu explică decât simptomul. Or, astmul nu se rezumă la tuse, urticaria la manifestarea cutanată, colita la diaree. Dacă am rămâne doar pe acest plan, am fi obligați să tragem concluzia că nu există o diferență între isterie și psihosomatică, în sensul că una utilizează limbajul corporal al relației, cealaltă limbajul visceral care devine la rândul său relațional (Valabrega).

Dar în medicina psihosomatică și mai precis în alergii, este vorba, s-a spus, de boală, adică de cu totul altceva decât de asocierea câtorva simptome. Cum să înțelegem atunci, iar singura explicație valabilă ar fi deci cea a lui Marty care ne spune că relația alergică se stabilește astfel pentru că ea are loc foarte devreme, în pântecul mamei.

Totul devine astfel mult mai puțin clar dar noi suntem acum capabili să înțelegem mai bine această complexitate dacă luăm drept exemplu unul din elementele pe care cea mai mare parte a psihosomaticienilor l-au pus în centrul cercetărilor lor asupra alergiei: noțiunea de respingere maternă.

Abramson o denumește complexul lui Cronos; Newel o definește ca „situația în care nașterea unui copil nu a fost dorită de către mamă”; Figge scrie că o mamă care respinge este cea al cărei comportament față de copil este acela caracterizat de faptul că ea are dorința conștientă sau inconștientă de a se elibera de el și îl consideră ca pe o povară. Soulé și Sakellaropoulos au spus același lucru în această privință: „că pe lângă incompatibilitatea în plan serologic există o respingere psihică din partea mamei... Copilul care trăiește acest tip de relație va răspunde printr-un mod de reacție somatică de alergii analog celui pe care l-a trăit în perioada cea mai arhaică.”

Dar a descrie sau a numi nu este suficient pentru a înțelege căci un asemenea concept presupune o întreagă serie de atitudini cu sensuri de fiecare dată multiple. Fie că respingerea este vizibilă, direct trăită, sau din contră ascunsă în spatele paravanului unei supracompensații, trebuie să recunoaștem că nu testele, nici discuțiile superficiale nu sunt cele ce ne pot permite să o numim astfel.

Apoi, admitând chiar că această respingere ar fi un element de valoare, trebuie să remarcăm că o regăsim în aceeași măsură în bolile care nu au nimic de a face cu bolile alergice. În plus, chiar când această respingere există, există de la început, dinainte de naștere chiar, și a fixa o dată din dezvoltare la care această respingere are mai multă importanță, rămâne o iluzie.

În sfârșit, dacă dorim să studiem mai îndeaproape ceea ce respingerea poate fi, putem să o diferențiem în două aspecte: respingerea este într-adevăr o atitudine și o dorință totodată.

Atitudinea este totuși ceea ce noi cunoaștem cel mai bine, dar aici noi știm că, în obiectivarea sa, această atitudine de respingere poate fi marcată cel puțin de mână care atârână a mamelor, filmată de Spitz, la extrem trimiterea definitivă la internat sau abandonul real. Din contră, noi știm că mâna mamei care ține copilul strâns, de frică să nu plece, este poate o mână a cărei intenție nu este pură.

Dorința, deși mai dificil de abordat, este un teren mai solid chiar dacă și aici regăsim aceleași dificultăți, aceleași ambivalențe. Dorința de respingere realizată în stare pură este avortul provocat și iarăși noi nu avem aici decât una din interpretările imediate. Dincolo de aceasta nu mai știm foarte bine ceea ce poate predomina în ambivalența fundamentală, o dorință pozitivă sau o dorință negativă. Mai mult, putem spune că însăși această ambivalență, noi o regăsim la toate femeile, la toate mamele. Pe scurt, este imposibil să înțelegem sensul respingerii plecând de la un simptom: de exemplu, când o mamă refuză să alăpteze, aceasta înseamnă cu certitudine ceva, dar aceasta nu exprimă evident întotdeauna aceeași dorință.

III OBOSEALA

Pancreasul a fost pentru noi un exemplu demonstrativ pentru cercetarea psihosomatică în măsura în care obiectul este în totalitate intern și în mod normal total silențios, absolut necunoscut subiectului. Am ales apoi alergica ca alt exemplu, pentru motive total opuse dar la fel de demonstrative în măsura în care ea pune în cauză un înăuntrul, un în afară și o legătură între cele două. Oboseala va fi cel de-al treilea nostru exemplu de cercetare psihosomatică în măsura în care ea oscilează în ceea ce privește geneza și exprimarea sa între o totală subiectivitate afectivă și o foarte mare realitate organică.

Vom remarca mai întâi că în ciuda ușurinței cu care oamenii se plâng de oboseală, ei vin totuși rareori să consulte un medic doar pentru acest simptom: în cea mai mare parte a timpului, acesta nu este decât un semn printre altele din tabloul clinic, iar izolarea lui pune dificultăți sigure de abordare; în orice caz în cabinetul psihanalistului, extrem de rar se prezintă un bolnav pentru a se vindeca de senzația de oboseală și numai de aceasta. Aproape întotdeauna tabloul dominant este acela al depresiei, dar vom vedea imediat că depresia și oboseala nu trebuie legate neapărat; există o oboseală în stările depresive, dar aceasta aparține la propriu nevroză, există uneori o oboseală practic izolată, și aceasta este cea care ne interesează aici. Trebuie propusă o altă premisă, pentru a evita să intrăm ulterior într-o

discuție sterilă, care are ca temă diferența posibilă dintre oboseala normală și oboseala patologică. În afara cazurilor extreme în care opoziția este evidentă pentru toată lumea, există toate cazurile limită în care distincția este imposibilă și pare chiar să răspundă unei erori metodologice. Este aceeași deosebire pe care o regăsim între psihologia normală și psihologia patologică, problema-impas a unei definiții a normalității. Oboseala, s-o spunem deschis, este o manifestare care se poate integra în cadrul unei psihologii normale sau al unei psihologii patologice, și pe care o putem studia în sine însăși pentru că în fond este vorba fără îndoială de același lucru.

Clinica, dacă ne mulțumim să rămânem la un nivel superficial, ne permite deja să înțelegem o parte a sensului pe care îl putem acorda oboselii, să spunem mai exact omului obosit. Putem diferenția două aspecte care, din perspectiva psihopatologiei, ne vor permite să înțelegem mai bine problema: oboseala are caracteristici subiective foarte specifice; ea are uneori o valoare de relaționare cu celălalt ale cărei caracteristici va trebui să le elucidăm.

I / Dintr-un punct de vedere subiectiv, în ceea ce privește trăirea însăși a oboselii, această stare poate fi caracterizată prin următoarele componente:

— Oboseala se face simțită la nivelul trăirii, mai întâi printr-o lipsă de energie fizică și psihică totodată. Știm câtă ignoranță ascunde cuvântul energie; să spunem numai că astfel trăim această stare pe care limbajul curent o poate numi „lipsă de energie”, „lipsă de poftă”. Poftă sau energie, este vorba aici despre ceva energetic în sensul că această stare este trăită ca atare.

— Această oboseală este însoțită întotdeauna de o senzație cenestezică, subiectul obosit își simte corpul dar într-un mod care nu este obligatoriu dureros; uneori este chiar agreabil și cunoaștem oboseala sănătoasă care este însoțită de un sentiment de completitudine în care avem într-adevăr senzația că suntem în corpul nostru.

— Această senzație este difuză, ceea ce este extrem de important. Nu resimțim oboseala unui organ, sau a unei funcții; suntem obosiți în totalitatea corpului și spiritului nostru. Nu există un obiect intern ales, totul se petrece la același nivel și în această cenestezie de care

vorbim, senzația afectează întreg organismul. Există aici un aspect foarte important, căci sunt rare stările în care corpul este resimțit în totalitatea sa, cu o tonalitate agreabilă. În afara oboselii și a anumitor stări extatice, această senzație nu poate fi regăsită decât după actul sexual.

— În fine, tot în mod subiectiv, este o senzație uneori difuză în ceea ce privește scopul său, dar aceasta este o excepție; mult mai des oboseala nu există decât în funcție de lucrul care trebuie făcut. Suntem obosiți în fața unei anumite sarcini dar din contră această senzație dispare foarte adesea în fața unei alte sarcini. Cunoaștem cu toții această posibilitate de a ne relaxa după activitățile intelectuale jucând bridge, făcând cuvinte încruciate complexe, pentru unii chiar rezolvând probleme de matematică avansată. Același fenomen se regăsește în plan fizic și un anumit lucrător surmenat de munca sa se va relaxa la rândul său săpându-și grădina. Vrem să spunem prin aceste două exemple că destinderea nu vine din trecerea în sine de la o activitate la alta, de la una intelectuală la una fizică de exemplu.

Lipsă de energie, senzație difuză a propriului corp, uneori chiar agreabilă, ținând cont de sarcina de efectuat, acesta este unul din aspecte importante ale oboselii.

Oboseala apare de asemenea în contextul său social, și mai exact în relațiile pe care ea permite să fie stabilite între subiect și anturajul său. Faptul că oboseala este un refugiu este evident într-un mare număr de cazuri; faptul că subiectul are de pe urma ei un beneficiu simplu care îi permite să scape constrângerilor anturajului, mai mult chiar, să se facă iubit într-un mod deosebit, aceasta este de asemenea evident. Din acest punct de vedere, oboseala are aceleași caracteristici ca oricare altă boală. Ea se deosebește totuși printr-un element care ni se pare esențial: oboseala, exprimată în cele din urmă ca mijloc benefic, nu este niciodată anxiogenă. A fi bolnav implică o tensiune anxioasă în ceea ce privește întrebarea; de ce boală este vorba? La oboseală nu există asemenea întrebări și sensul comun poate face diferența: este obosit, nu este bolnav; se știe că aceasta va trece și nu sunt probleme deosebite care pot fi implicate. Pe scurt, climatul creat de starea de oboseală este un climat liniștitor și liniștit; problemele momentului sunt suspendate, conflictele puse între paranteze fără ca

pentru atâtea lucruri să apară neliniștea, ea însăși generatoare de alte conflicte.

Primul aspect al oboselii, în ceea ce privește trăirea sa și funcția sa relațională, ne permit deci să diferențiem starea de oboseală de starea de boală.

Putem merge mai departe în diferențiere și să opunem oboseala depresiei. Ceea ce nu este o problemă simplă pentru că, pe de o parte, în planul simptomului, cele două stări se pot amesteca, pe de altă parte, în planul nosografic, există mai multe tipuri de depresie. La nivelul cel mai simplu, oboseala de care vorbim poate fi separată cu ușurință de depresia melancolică; în acest din urmă caz, ceea ce predomină este dezinteresul despre care știm că este absolut și generalizat (cuvântul „distracție” nu are sens pentru melancolie, deși este unul din tratamentele oboselii obișnuite). Pentru depresiile de structură nevrotică, punctele de contact sau de separare sunt mai dificil de determinat. Foarte des, oboseala apare în aceste depresii nevrotice în sine și cu caracteristicile pe care i le-am atribuit; dar atunci această oboseală nu devine decât un simptom printre altele, care nu are nici mai multă nici mai puțină valoare decât restul tabloului depresiei nevrotice.

2 / Să ne întoarcem acum către al doilea aspect al problemei noastre, aspectul psihanalitic. Vom repeta desigur că rareori un bolnav vine să se trateze de oboseală; în plus, momentele în care această oboseală apare la anumiți nevrotici sunt cel mai adesea legate direct de starea nevrotică și interpretate în general ca o apărare.

Ni s-a întâmplat cu toate acestea să avem subiecți care au venit să ne consulte pentru aceasta și am avut în special în tratament un pacient care ne-a învățat multe despre acest subiect.

Este vorba despre un bărbat de 38 de ani, foarte activ, cel puțin aparent, căsătorit și tată a patru copii; industriaș, fiu de industriaș, care, pe scurt, nu a făcut decât să preia afacerea tatălui său. Viața sa s-a scurs într-un manieră monotonă și destul de bună în măsura în care era condus de către anturajul său. Dar îl stăjenea foarte mult un simptom: o senzație de oboseală intensă în unele momente ale existenței sale, în special când trebuia să conducă consiliul de administrație, dar

în aceeași măsură uneori în față unei simple scrisori de semnat. Cu siguranță, la acest pacient predomina structura fobică, dar nu aici este problema. În cursul unui lung tratament, neterminat de altfel în prezent, acest bolnav ne-a expus fantasme deosebit de clarificatoare; în special când avea această senzație de oboseală în împrejurări uneori banale (și pe care le-am putea interpreta imediat ca o dificultate de identificare cu tatăl), lucrurile se complicau sub forma fantasmei următoare: obosit, el ajungea să se simtă mai bine imaginându-și că era la sânul mamei și că ea îl alăpta.

Un alt bolnav de-al nostru, căsătorit și el dar cu puternice tendințe homosexuale, trăia într-o manieră proprie un simptom obișnuit: era obosit în mod aproape regulat seara în momentul culcării când urma să aibă raporturi cu soția sa. Și în acest caz fantasma îi permitea să iasă din această situație: în acest caz oboseala dispărea când făcând dragoste cu soția sa, avea în cap imagini homosexuale.

În aceste două cazuri, de altfel infinit de complexe, oboseala apărea în locul a altceva: în acest sens, este un simptom care, la rândul său, poate dispărea printr-o activitate fantasmatică. Satisfacții orale într-un caz, satisfacții homosexuale în celălalt, dar în orice caz la un nivel foarte investit din punct de vedere libidinal.

Dar putem merge mai departe și încerca să aprofundăm legătura (sau trecerea la) acestei activități imaginare cu simptomul oboselii trăit ca atare.

La acest nivel, trei termeni par să ne poată orienta discuția: conversie, agresiune, regresie.

— Putem spune că oboseala este într-adevăr un simptom de conversie? Ceea ce ar părea să decurgă din ceea ce tocmai am spus: de la o activitate fantasmatică la un simptom în cele din urmă corporal. Se pare că, în realitate a vedea astfel lucrurile ar fi eronat și, după părerea noastră, doar printr-o confuzie de sens am putea vorbi de conversie. Mai întâi pentru că, pe un plan nosografic obișnuit, și în măsura în care mecanismul conversiei este specific isteriei, nu toți cei obosiți sunt de structură isterică, ceea ce este evident. Apoi pentru că conversia, în mecanismul său, este întotdeauna localizată la o funcție, pe când în oboseală, nu există obligatoriu trecerea în corp a elementelor care au fost simbolizate, apoi refulate.

— Agresiunea este al doilea termen care ne va reține atenția, mult mai probabil. Faptul că această oboseală ar fi o manifestare agresivă, apare la nivel superficial: ne închipuim ca fiind obosiți, îi plictisim pe cei din jurul nostru. Ea se prezintă de asemenea ca expresia mult mai profundă a unei agresiuni, dar a unei agresiuni întoarsă împotriva subiectului și care nu se poate exprima în exterior. De altfel mai ales acest tip de oboseală — sau mai exact acest mecanism al oboselii, despre care vom putea vedea pe parcurs că nu este univoc — îl întâlnim cel mai adesea când analizații noștri, pe divan, vorbesc despre oboseala lor. Aici oboseala este puțin ca tăcerea, sau cel puțin ca anumite tăceri, despre care știm că ascund, și ele, o mare posibilitate de agresivitate.

— Dar oboseala ne apare mai ales ca o regresie. Acest lucru este adevărat pentru o multime de mecanisme nevrotice, dar aici este vorba despre o regresie deosebită, în sensul că este într-un stil corporal difuz, adică replasându-l pe subiect într-un stadiu foarte arhaic.

Exemplul cu subiectul nostru care avea fantasme de alăptare ni se pare caracteristic sub acest aspect; și alți bolnavi pot servi de asemenea drept exemple. Este vorba despre o reîntoarcere la o fază foarte precoce de dezvoltare, la un moment în care relația cu mama este singura trăită; și unde situațiile nu pot fi trăite decât într-un plan fizic difuz. Grație oboselii, pot fi restabilite relațiile orale, securizante și venind să acopere lipsa esențială a subiectului care, în momentul anterior, îl deprimase într-o oarecare măsură. În cele din urmă, dacă există o relație între depresie și oboseală, la acest nivel o putem găsi, și nu la nivelul nosografic superficial.

IV

COMENTARII ȘI CONCLUZII

Aceste trei exemple care privesc practic clinica și dinamica a ceea ce studiem sub numele de psihosomatică ne conduc la comentariile următoare, comentarii pe care le vrem succinte deoarece vom regăsi dezvoltarea lor de-a lungul capitolelor următoare.

1 / Mai întâi trebuie reluată aici noțiunea însăși de boală psihosomatică și aceste trei exemple sunt deosebit de demonstrative pentru

ceea ce am avansat deja în introducere, și anume că eticheta nosografică proprie uneori bolii este o etichetă destinată științei medicale și că ea nu are mare lucru de-a face cu ceea ce se întâmplă în locul cotidian al practicii analitice când suntem confrunțați cu pacienți ce prezintă tulburări psihice.

2 / Căutarea unei specificități, oricare ar fi nivelul la care încercăm să o găsim, nu relevă cu adevărat decât pura ipoteză. Am spus-o deja în legătură cu astmul, și acest lucru se dovedește la fel de adevărat în legătură cu celelalte două sindroame pe care le-am expus mai sus.

3 / Singurul element a cărui prezență o percepem și asupra căruia vom insista mult mai mult în altă parte, este preocuparea analistului. Într-adevăr, problema fundamentală a psihosomaticianului, fie că ea apare în mod clar sau nu, și oricare ar fi poziția sa teoretică, este de a încerca să precizeze unde se situează el însuși în această relație deosebit de neobișnuită care este analiza unui pacient purtător al unei boli așa-zis organice.

În fața acestei neliniști, noi putem regăsi de-a lungul scrierilor fiecăruia diferitele moduri pe care le avem toți de a rezolva necunoscutele: pentru unii este găsită formula iar expresia „este astfel pentru că” este evidențiată ca fiind cauza esențială, dacă nu unică; pentru alții formula este mai ambiguă dar ne dăm seama că este vorba aici despre o poziție de așteptare și că speranța, dacă nu certitudinea, este că în curând, continuând anumite cercetări, se va ajunge la dezvăluirea secretului; alții în fine rămân în indoială, în incertitudine, în ambivalență.

A vorbi aici despre alții înseamnă a vorbi în aceeași măsură despre sine și pe tot parcursul cercetărilor noastre, în propria noastră evoluție, am utilizat aceste diverse modalități explicative în maniere diverse, fără a ne sustrage astfel de la maniera pe care o descriem în mod critic.

4 / La acest stadiu al observațiilor noastre ne apare cu atât mai clar cu cât noi înșine am trăit acest lucru îndeaproape, că toate teoretizările nu sunt de fapt decât mecanisme de apărare contra a ceea ce, în noi, refuză să perceapă un anumit tip de relație în care corpul este prezent în totalitatea sa și indisociabil de cel care, în mod necesar, ne vorbește de asemenea cu gura sa.

Teoria, am scris în altă parte, nu este cel mai adesea decât un mecanism de apărare; și aici această idee se confirmă încă o dată. Practic aceasta înseamnă a spune că descrierea bolilor organice avute în vedere în planul psihosomatic așa cum l-am prezentat noi, este un mijloc de a evita în analiză tot ceea ce ține de contratransferul nostru; și că exact această legătură transfer-contratransfer, studiul său, cercetarea unei eventuale originalități la acest tip de pacient, este cea care trebuie să ne permită să îl ascultăm mai bine.

PSIHOZĂ ȘI PSIHO-SOMATICĂ

Demersul nostru se bazează aici pe legătura care apare în clinică între simptomele somatice mai mult sau mai puțin sistematizate și stările psihotice disociative sau de alte tipuri. Într-adevăr s-a remarcat de mult timp că foarte adesea un subiect care prezenta grave tulburări psihice, le vedea cedând în momentul în care apărea o stare psihosomatică, situația inversă putând de asemenea fi reperată. O asemenea constatare, dincolo de implicațiile clinice pe care le atrage după sine, are o altă consecință mult mai importantă: fără a fi o dovadă, ea pledează în favoarea existenței unei urme corporale a cărei imprimare are loc în copilărie.

Am fost printre primii care au subliniat acest fapt și pentru a ilustra această expunere cu cazuri clinice, vom lua ca exemplu recto-colita hemoragică și oscilațiile pe care le putem observa la subiecți al căror sindrom organic încetează, în momentul în care apare psihoza. Lucrările deja vechi ale lui Daniel (52), Karush (135), Flournoy (92) și Engel (73), apoi ale noastre, sunt în acest sens cu totul caracteristice așa cum demonstrează cele două *vignete* clinice pe care le vom rezuma rapid.

Primul pacient R... este un bărbat în vârstă de 43 de ani, când îl vedem pentru prima dată. Tulburările sale digestive grave au început cu doi ani înainte sub forma unor scaune cu sânge, iar diagnosticul a fost rapid pus de gastroenterologi. Acest prim puseu cedează sub terapie pur medicamentoasă, dar apar rapid tulburări de comportament cu o dispoziție depresivă, ca și ruminății melancolice centrate pe divorțul său și pe meseria sa în care nu are decât eșecuri. A doua depresie dispare la rândul său, în momentul în care apare un al doilea puseu de RCH grav și atunci ne-a fost trimis R... În paralel cu tratamentul medicamentos, este începută o psihoterapie despre care nu putem

spune că a mers prea departe, R... refugiindu-se din nou în litanii depresive. Apoi destul de rapid sindromul digestiv dispare și se instalează o stare de excitație pseudo-maniacă intensă care necesită plasarea într-un mediu psihiatric. Putem adăuga acum la această observație publicată acum mult timp, că acest pacient nu a mai prezentat un sindrom organic ci s-a comportat ca un borderline cu decompensări depresive importante.

Al doilea pacient, urmărit de asemenea acum mulți ani, în vârstă de 55 de ani, prezenta o recto-colită hemoragică de aproximativ doi ani; de fapt aceste tulburări debutaseră după divorțul său, și subiectul nostru exprima cu ușurință durerea pe care o resimțise în perioada separării. Era atunci pentru el o adevărată sfâșiere și această ruptură fusese mai întâi urmată de o stare depresivă cu totul caracteristică, cu astenie fizică și psihică, incapacitate de a munci, dezinteres. Când a fost declarată recto-colita hemoragică, echilibrul său nervos aproape a fost restabilit și în ciuda tulburărilor digestive intense, bolnavul nostru a reînceput să mearcă într-o manieră vădit normală. Tratat cu terapie medicamentoasă și psihoterapie, colita ulceroasă a cedat, dar a apărut atunci o stare psihotică gravă, cu idei delirante nesistematizate și agitație psihomotorie, sindrom care a necesitat plasarea în spitalul psihiatric.

Deja aceste prime *vignete* clinice ne permit să reluăm ceea ce am descris sub un titlu în care cei trei termeni, psihosomatică, schizofrenie, limbaj, erau strâns asociați. Legătura dintre aceste trei cuvinte, prezentate succesiv sub forma gramaticală care le unește, arată că o simplă enunțare, deci fără termen conjunctiv între fiecare dintre concepte, a pus dintr-o dată problema incertitudinii relației dintre ele.

Putem considera într-adevăr că suntem în centrul problemei, o dată ce a fost introdusă, în sensul că între aceste trei porți deschise, una asupra bolii somatice, cealaltă asupra psihozei, ultima asupra lumii simbolului, trebuie să existe o articulare fundamentală: ceva ce aparține după toate aparențele celor trei și că această treime se amestecă sau se separă la o mai mare sau mai mică profunzime. Dar această implicație (acest „trebuie să existe”), chiar dacă este motivată de baze clinice, psihanalitice, apare ca având mai ales o valoare de intuiție; și scopul nostru va trebui să fie să-i apreciem validitatea.

Cunoaștem de mult timp legătura dintre schizofrenie și boala psihosomatică; și sunt numeroase observațiile în care trecerea de la una la cealaltă dintre aceste stări este notată cu grijă. Cutare ulceros care, la sfârșitul unui puseu dureros, vede apărând o stare delirantă acută nestructurată; cutare astmatic care își pierde brusc rațiunea și crizele alergice cu aceeași ocazie; cutare psoriatic la care alternează, precum anotimpurile, afecțiunea cutanată și un acces delirant polimorf. Structura acestor bolnavi, și în special trecerea de la o boală cu aparență fizică la o stare psihotică, a dat naștere unei abundente literaturi care nu a permis, se pare, să explicăm mai bine lucrurile.

Dar, și acest lucru este interesant de observat pentru cel care s-a ocupat de limbaj, toate aceste observații nu depășesc în general binomul care constituie fundamentul lor. Ni s-a părut că ar fi totuși loc aici pentru un al treilea termen, cel care face apel la simbolic deoarece, vrând nevrând, tot ceea ce privește o anumită semiotică gravitează obligatoriu în jurul acestui vector.

Mărturisim că dacă problema a fost astfel pusă pentru noi în mod natural, ea nu a fost în aceeași măsură rezolvată. Și vom expune mai ales incertitudinile, având drept scuză doar faptul că claritatea și evidența conțin și mai multe erori.

Clinica rămânând baza cunoașterii, vom pleca de la o observație pentru a face apoi considerațiile teoretice care pot decurge de aici.

O observație mai deosebită s-a înscris în cercetarea noastră începând cu 1971. Am putut să observăm o întreagă familie ai cărei membri au prezentat tulburări psihosomatice unii, psihotice alții, în sfârșit asociate la cel puțin unul dintre ei.

Mama în această familie este elementul central, pe ea o vom descrie mai întâi.

Germaine, în vârstă de 58 de ani, croitoreasă, prezintă o rectocolită hemoragică. Boala organică și-a făcut prima apariție când această bolnavă avea în jur de 25 de ani, și de atunci ea apare în pusee, cu paroxisme în care apare diaree sanguinolentă și algiu abdominale. Examele recto-scopice, diversele teste au permis să se confirme natura exactă a bolii: după ce se gândiseră la o afecțiune amibiană, s-a impus foarte rapid diagnosticul de colită ulceroasă și a fost confirmat de mai mulți specialiști.

Nu ne vom opri asupra aspectului organic al acestei bolnave, ci vom relata mai întâi istoria sa personală: din punct de vedere familial, Germaine a fost măritată de două ori. Prima dată la vârsta de 18 ani, și din această căsătorie a avut un copil născut mort și un al doilea în prezent în vârstă de 37 de ani, cu o sănătate bună. A divorțat la trei ani de la căsătorie, neînțelegerile familiale, etilismul soțului nepermițând continuarea vieții în comun. După divorț, Germaine s-a întors să trăiască la părinții săi și rămânând în mediul său familial, s-a recăsătorit câțiva ani mai târziu. Să spunem imediat că acest al doilea soț nu a adus nici el întreaga pace necesară căsniciei și că în final a murit după 15 ani, de o tumoră la ficat. Copiii născuți din a doua căsătorie sunt în număr de 7; dar de fapt, singura normală dintre acești copii este prima fiică, în prezent în vârstă de 34 de ani: aceasta nu a prezentat niciodată vreo tulburare. Cele trei sarcini ulterioare s-au terminat cu moartea copilului (prematură sau la câteva luni). În ceea ce privește ultimele trei sarcini, ele au avut ca rezultat nașterea a trei copii al căror destin îl vom vedea mai târziu; pentru moment să notăm numai că acești trei copii trăiesc și prenumele lor sunt în ordine: Jean, 27 de ani, Maryse, 26 de ani și Jacques, de 20 de ani.

Pentru a termina cu constelația familială a lui Germaine, să observăm că tatăl său a murit la 91 de ani, că nu a prezentat niciodată nici o tulburare, dar că, din contră mama sa, deși moartă la 82 de ani, a fost internată o parte din viață pentru tulburări de structură după cum se pare paranoică.

Să revenim la Germaine al cărei caracter este pe deplin structurat. Este o bolnavă care se prezintă cu o personalitate foarte clar obsesională. Este rigidă, solidă în apărările sale, o spune ea însăși: „Am mult caracter, multă voință, organizez totul.” Nici o clipă nu se poate decela la această bolnavă o tonalitate sau adevărat anxioasă. Ea nu știe de fapt ce este angoasa, cel mult trece prin unele momente în care este, așa cum spune ea, „nervooasă”.

Un aspect interesant de notat este cel al raporturilor dintre puseele de recto-colită hemoragică și evenimentele importante din viața sa. Astfel, unul din primele pusee de recto-colită s-a produs în momentul divorțului de primul soț; în acești ultimi ani toate puseele au apărut ca urmare a tulburărilor psihotice prezentate de ultimii trei copii. Când, vom vedea mai departe, a fost internat Jean, colita ulceroasă a

mamei s-a redeșteptat; când Maryse a prezentat o psihoză puerperală, mama a sângerat din nou și a prezentat o diaree dureroasă; în fine foarte recent — și acesta este motivul pentru care am văzut-o pe această bolnavă — când Jacques a fost internat în spital pentru tulburări nervoase, mama sa a resimțit din nou simptomele colitei ulceroase. Exact asupra acestui ultim aspect vom reveni imediat.

Copiii acestei bolnave, nu ne vom opri decât asupra ultimilor trei, sunt destul de deosebiți și am putut să-i examinăm îndeaproape.

Jean, în vârstă de 27 de ani este un bolnav internat de aproximativ 7 ani pentru o stare de structură schizofrenică cu forma paranoidă delirantă. Debutul bolii acestui băiat până atunci în aparență normal a avut loc sub forma unei stări de excitație cu delir mistic, agitație și fugă de idei delirantă. În timpul internării excitația psihomotorie s-a estompat și de asemenea delirul său mistic a îmbrăcat o formă mai neobișnuită. Într-adevăr, în loc să fie un delir de credință în Dumnezeu, Jean prezintă actualmente un delir de negare a existenței lui Dumnezeu. El are o serie de dovezi delirante încă, spunând de exemplu: „Se spune tatăl nostru care ești în ceruri, dar toată lumea știe că nu poți avea decât un singur tată, deci Dumnezeu nu există.” Sau sub o altă formă de asemenea raționalizată: „În Cina cea de taină, Dumnezeu spune, mâncați, acesta este corpul meu, dar cei de față nu erau canibali și dacă au mâncat, acela nu era corpul lui Dumnezeu.”

De altfel, în prezent comportamentul lui Jean este mult mai calm, perioadele de excitație au dispărut pe ansamblu. Dar Jean rămâne lipsit de interes și delirul său, pe care nu-l exprimă spontan, apare cu ușurință când i se pun întrebări.

A treia observație este aceea asupra Marysei, în vârstă de 26 de ani. Ea a fost sensibil normală până la vârsta de 25 de ani, deși terenul său emoțional era evident și deseori a fost pradă angoaselor și unei hiperemotivități care o stânjenea în mare măsură. Dar cu toate acestea Maryse se căsătorește la vârsta de 24 de ani, ea are un copil la 25 de ani și în acel moment prezintă o stare de psihoză puerperală cât se poate de caracteristică cu idei depresive melancolice, perioade de excitație, idei de culpabilitate, reproșuri, având impresia că nu mai este capabilă să se ocupe de copilul său. Această stare a făcut ca Maryse să trebuiască să fie internată într-o clinică specializată și în ciuda diverselor tratamente psihiatrice evoluția regresivă nu se face decât

foarte lent. În prezent Maryse nu a redevenit în întregime normală, ea rămâne adaptată în mică măsură, nelineștită, tristă, cel mai adesea lipsită de judecată.

În plus, Maryse prezintă un psoriazis care a început să se manifeste când această bolnavă avea 10 ani, și care evolua prin pusee aproape sezoniere, dar în care este greu de găsit un context afectiv specific. Singurul lucru pe care-l putem remarca, pentru că l-am observat personal la această bolnavă, este că acest psoriazis practic a dispărut în timpul episodului psihotic, și din contră a reapărut într-o manieră mai intensă de când această stare a cedat, dar incomplet.

În sfârșit, ultimul copil se numește Jacques, este în vârstă de 20 de ani și de foarte devreme i s-a descoperit o boală congenitală la inimă, leziune care dă un tablou foarte apropiat de boala lui Roger. Această stare nu l-a stânjenit în realitate prea mult pe bolnavul nostru, ci din contră, impresia de a avea o boală cu totul deosebită l-a fixat pe Jacques în noțiunea de „a fi bolnav”, subînțelegând prin aceasta a fi diferit de ceilalți, a fi supus unui anumit regim pe care el îl exagera cu plăcere. Deși a urmat aproape normal studiile, Jacques nu a reușit să se decida pentru o meserie precisă și, de un an încoace, el evoluează progresiv către o stare aproape de schizofrenie.

El se prezintă ca foarte introvertit, foarte închis în sine, puțin comunicativ, fără prieteni și cu un comportament în totalitate apragmatic. În special stă culcat toată ziua: cel mai mic efort, cea mai mică vigilență îl neliniștește, îl stânjenește și îl obligă la ceea ce el numește un repaus și care, de fapt, este o repliere asupra lui însuși.

Pe scurt, în acest caz noi am putut observa cum oscilarea avea loc după o dinamică relațională, în măsura în care tulburările apăreau alternativ la membrii unei aceleiași familii: când fiica intră într-o stare psihotică, mama reacționează printr-o rectio-colită hemoragică; când cel mai mic copil prezintă tulburări schizofrenice, sângerarea mamei apare din nou. Avem cu adevărat aici impresia că în momentul în care echilibrul familiei este perturbat, nu este suportat de unul dintre elemente, rupt de psihoza unuia sau altuia, mama la rândul său, nucleul central cu apărările sale obsesionale, reacționează în corpul său; fără îndoială pentru că este cea mai obsedată dintre toți, ea nu se poate exprima prin limbaj și nu poate delira la rândul său. Dacă delirează, o

face în corpul său, respingând ceva la rândul său. De fiecare dată când unul dintre copiii săi pleacă de acasă alienat, când este respins ca fiind psihotic, mama reacționează la rândul său ca bolnavă psihosomatic.

Acestea sunt, printre multe altele, exemplele pe care ni le aduce clinica în mod frecvent și le vom găsi în aceeași măsură în multe alte boli organice. Există o oscilație între tulburările psihotice și cele psihosomatice, este o constatare pe care oricine o poate face.

O asemenea bulversare ne-a permis deci de foarte timpuriu în cercetările noastre să înțelegem natura unei legături eventuale între o psihoză, disocierea schizofrenică în special, și o boală organică. Numeroși autori s-au aplecat asupra aceleiași probleme, ajungând uneori la ipoteze curioase dintre care o vom aminti doar pe cea mai organicistă, într-atât este de demonstrativă. Astfel, S. Arieti s-a întrebat dacă schizofrenia nu ar putea fi considerată într-un cuvânt ca boala psihosomatică a sistemului nervos. Acest autor estima că, la schizofren, stresul emoțional depășește afectele și provoacă astfel fie o dezințegrare a paternelor neuronale, fie o activitate dizarmonică a paternelor microscopice spațio-temporale din cadrul sistemului neuronal, fie încă și mai simplu o alterare a relațiilor funcționale normale între celulele nervoase. S. Arieti se bazează, pentru a demonstra acest lucru, pe diferite studii, în special cel al lui Feraro, iar esența teoriei sale se rezumă la aceasta: o disoluție neurofiziologică a activității s-ar instala în esență la un nivel superior de organizare corticală și nu prin canalul sistemului nervos autonom așa cum se întâmplă în general în alte sfere ale medicinei psihosomatice. Pe scurt, privită astfel, schizofrenia ar fi boala psihosomatică a sistemului nervos, sistemul nervos central fiind totodată sistemul receptor și sistemul perturbat în sine.

În paralel cu acest demers organicist, au apărut foarte devreme în istoria mișcării psihosomatice alte demersuri, acestea conduse de către psihanaliști.

Analizii au încercat de fapt să arate prezența unei legături profunde între cele două afecțiuni dintre care una ține de dezorganizarea psihică pură, iar cealaltă de atingerea lezională a corpului, iar cauzele acestor stări și paralelismul lor au fost căutate foarte devreme în isto-

ria infantilă, în special în legăturile stabilite între mamă și copil. Cel mai bun exemplu al acestui demers, relativ vechi dar încă demonstrativ, este ceea ce susținea acum multă vreme Mélita Sperling. Comparând copiii psihotici cu copiii psihosomatici, ea arăta mai întâi diferențele relației cu mama în cele două cazuri și scria pe atunci: „Mamele copiilor psihosomatici par să simtă nevoia să își mențină copilul într-o stare de dependență în scopul de a-și satisface propria lor nevoie de tip pregenital. Ele nu îi acceptă decât bolnavi, respingându-i dacă sunt sănătoși. Din contră, mamele copiilor psihotici îi resping cu totul și astfel de copii nu au nimic de câștigat fiind bolnavi din punct de vedere somatic. Copilul psihosomatic este silit de mama sa să accepte gratificarea exigențelor ei infantile; în același timp, pulsunile destructive ale sale găsesc o exprimare organică și nu ating nivelul conștiinței. Când un subiect astfel condiționat percepe o amenințare a relației sale cu mama sau a unui simbol inconștient, el va reacționa în modul psihosomatic” (224).

O asemenea concepție permite deci să înțelegem cum atunci când echilibrul este rupt, tulburările psihosomatice și psihozele sunt legate între ele, ceea ce aceeași autoare descrie astfel: „O alterare specifică a acestei relații poate induce trecerea de la una la cealaltă. O dată relația psihosomatică întreruptă, bolnavul poate găsi un substitut pentru obiectul pierdut sau din contră abandona și, dacă dezamăgirea este prea mare (în ceea ce privește mama sau substitutul ei) copilul se retrage în relația obiectală reală, și se va instaura o ruptură de tip psihotic ale cărei grad de gravitate și natură vor depinde de gradul și intensitatea pulsuniilor destructive.”

Identitatea tulburărilor, din această perspectivă, a nivelului genetic este legată de o cvasi-identitate a conflictului generator al manifestărilor patologice ulterioare. Pentru Mélita Sperling (230) traumatismul suferit de copil este practic același la origine, doar atitudinea mamei diferă și în funcție de gradul mai mare sau mai mic de perturbare a legăturii dintre mamă sau substitutul său și copil, poate apărea trecerea de la un sindrom la celălalt. Termenul de breșă psihotică pune foarte bine accentul pe posibila trecere, izbucnirea psihozei în personalitate făcându-se în favoarea unei slăbiri a barierei eului. Privită în acest sens, boala psihosomatică ar apărea ca o conversie (termenul este utilizat de Mélita Sperling). Dar în plus, și aici apare originali-

tatea, boala psihosomatică poate fi considerată ca o apărare contra psihozei: cât timp subiectul reacționează la boala sa, fantasmă localizată și corporalizată, închinată am putea spune, comportamentul rămâne pe de altă parte normal.

O concepție de acest tip, seducătoare prin virtuțile explicative pe care le are în aparență, conduce din nefericire în mod inevitabil la ceea ce nouă ni se pare a fi unul din impasurile fundamentale în care psihosomatica a fost prinsă atât de mult timp, și anume explicarea tulburării lezionale pur și simplu prin placajul teoriei psihanalitice a psihonevrozelor.

Cel mai bun exemplu al acestei erori ne este dat de autori ca Cécile Muschatt (187), observația următoare fiind tipică:

Este vorba de un băiat de 15 ani a cărui colită debutează când tatăl prezintă o boală de inimă. Boala se agravează după moartea acestuia. Încă de la primele convorbiri, bolnavul povestește șocul pe care i l-a produs moartea tatălui în momentul în care și-a dat seama de responsabilitatea de a se ocupa de mama și de surorile lui. După moartea tatălui s-a simțit incapabil să răspundă unei asemenea supraincercări afective. În cursul tratamentului, bolnavul își exprimă agresivitatea contra tatălui și contra mamei.

Într-o zi atitudinea sa se schimbă, dar atunci prezintă un acces de psihoză și, în cursul delirului, își exprimă sentimentul de vinovăție pentru moartea tatălui. Uneori spunea că tatăl era lângă el, alături ca tatăl și el nu erau decât o singură persoană: primul meu puseu de diaree, spune el, a apărut când încercam să degrop cochiliile din nisip. Aș fi putut să găsesc o comoară, poate scheletul tatălui meu și atunci l-aș fi adus la mine. Aș fi defecat pe el și astfel i-aș fi redat ceva ce îi aparținea. Aș fi putut apoi să-l duc în mormântul său, ar fi fost atunci cu adevărat mort și aș fi putut să îl uit.

Într-o perspectivă foarte apropiată, am adus, acum multă vreme, o ipoteză fondată pe relația mamă-copil, plecând de la întrebarea următoare: cum se prezintă lucrurile în discursul care l-a precedat pe subiect, adică în ceea ce privește dorința mamei. Într-adevăr, și în acest plan observația noastră este privilegiată, totul se petrece ca și cum, dincolo de comunicarea conștientă, ceea ce sustine intriga

familială în plan afectiv era totuși dorința mamei. Deja, la Mélita Sperling, se observă diferența între respingerea totală, expresie a dorinței mamei și care conduce la alienarea copilului, și respingerea parțială. Adică acceptarea copilului de către mamă în calitate de individ bolnav: simțim în această teorie cum este realizată această legătură pe linie familială. Cuvântul dorință nu este cu toate acestea exprimat aici și trebuie să ne întrebăm, dacă îl pronunțăm, ce înseamnă el exact, cum se situează el, cum poate fi formulat de către mamă. Ceea ce încearcă ea este fără îndoială să-și mențină efectiv copilul bolnav dar într-o manieră cu totul particulară. Nu degeaba în tabloul nostru genealogic mama ocupă locul central în context: ea este cea care joacă rolul esențial în articularea întregii afectivități a familiei și propriile ei dorințe se exprimă la copii sub forma alienării. Ea nu poate trăi altfel decât suprimând succesiv copiii din anturajul său, unii morți, ceilalți alienați. Dar, ca pedeapsă, am putea spune, ea respinge copilul și respinge din ea însăși răul în esență, obiectul rău, prin recto-coloita sa hemoragică.

Cu siguranță această noțiune de boală psihosomatică înscrisă ca atare în dorința mamei nu trebuie acceptată cu ușurință. Dar deja, în legătură cu alergii, avansăm ipoteza că boala copilului poate avea o legătură cu discursul preexistent al mamei, boala psihosomatică prezentându-se ca un semnificat care, în limbaj, poate fi preluat de oricare dintre copii.

Or, schizofrenia, sub un anumit aspect, poate corespunde unui crițteriu asemănător, diferența esențială fiind că în acest caz tulburarea trece prin discursul formulat, în timp ce la bolnavul psihosomatic, ea rămâne înscrisă în corpul său.

Este evident că o asemenea înțelegere a faptelor face ca boala corporală cea mai gravă să fie superpozabilă în geneza și sensul său psihozei, dar aici ne scapă esențialul, și anume cauza exprimării diferite, psihice într-un caz, somatice în celălalt, diferență care nu apare în nici un moment.

Am spus deja ce credem despre această versiune teoretică a faptelor și încă din introducere am pus în evidență pericolul de a avansa un mecanism ce ține mai mult de magie decât de psihanaliză.

Acesta este motivul pentru care ni se pare că trebuie să privim lucrurile într-o manieră diferită: dacă oscilația psihosomatică, ca fapt observabil poate fi încă la fel de bine reperată din punct de vedere clinic, trebuie să fie acum interpretată într-o altă manieră.

Într-adevăr dacă asemenea remarci ne incită să căutăm în istoria precoce a copilului ceea ce poate determina viitorul său psihotic sau somatic lezional, sunt alte căi care par să ne permită să înțelegem mai bine și la acest nivel ne aduc mult lucrările lui Piera Aulagnier (13) și Joyce Mac Dougall (172), cu mult înaintea celei de-a IV-a Întâlniri de la Aix.

Crearea de către copil a propriului său corp, plecând de la fuziunea cu mama, ne este prezentată de Piera Aulagnier (13) într-o manieră foarte elaborată, plecând de la următoarea remarcă: „Corpul se va prezenta cunoașterii și investirii pe două căi: în calitate de sursă, loc și instrument al plăcerii Eu-lui (*Je*), este corpul-plăcere al copilului, este primul a avea al Eu-lui (*Je*); în calitate, în același mod, de corp-suferință, prin aceasta corpul se dovedește definitiv exterior, diferit de Eu (*Je*). El devine obiect autonom.”

Conceptia conform căreia copilul dă naștere propriului său corp prin durere, (sau din cauza ei) este una pe care noi o împărtășim în întregime și pe care am expus-o deja în Primele Întâlniri de la Aix (37) în legătură cu gândirea generată prin suferință. Într-adevăr este foarte evident că satisfacția pulsională, atâta cât există ea, nu poate fi însoțită de nimic altceva decât de afectul propriei sale satisfaceri; că din contră, suferința, prin lipsa de satisfacere pe care o conține, nu poate fi suportată decât prin creația-substitut, de exemplu gândirea sau conștientizarea locului unde ia naștere corpul.

Pentru a relua termenii lui Piera Aulagnier, ajungem la următoarea schemă primară, pe care o reproducem îndeaproape:

1 / Corpul propriu se prezintă *Je*-ului ca primul a avea un fragment din realitate pe care el are dreptul să-l ocupe.

2 / Când resimte plăcere, acest obiect-corp asigură prezența unei conformități între reprezentare și realitate, între gândire și lucru.

3 / Când resimte corpul-durere, apare antinomia între corpul real și corpul gândit. Dar cum *Je*-ul nu poate dezinvesti corpul său, asistăm:

fie la o relație de persecutat-persecutor între *Je* și corp, ceea ce va da o psihoză sau o psihosomatizare gravă;

fie mama va putea servi drept intermediar (drept filtru de excitații) în măsura în care ea va putea „vorbi despre corpul bolnav ca despre un corp ce trebuie îngrijit”. Suferința devine atunci exterioară sau este gândită ca un accident temporar.

Surplusul de afecțiune din partea mamei în acel moment îi permite copilului să gândească suferința ca pe un accident contra căruia se aliază pentru a-l combate, propriul său corp, *Je*-ul matern și realitatea ambiantă. Copilul poate atunci gândi suferința, să o refuze sau să fugă de ea.

Atingem aici problema care ne preocupă și anume că, într-o situație de acest tip, înscrierea se poate face printr-un mecanism care, mai târziu, se va repeta cu oscilații între un corp bolnav, realitate pentru care subiectul devenit adult va putea regăsi o anumită organizare defensivă, și un corp suferind din a cărui suferință va fi părăsit obiectul primar pentru a găsi alte mijloace de expresie, în sfera psihică de această dată și atunci apare psihoza.

Joyce Mac Dougall la rândul său, bazându-se pe clinică, regăsește de asemenea un drum similar a cărui urmă apare în mod evident în părțile consacrate psihosomaticii, în special în anumite capitole ale cărții sale *Pledouarie pentru o anumită anormalitate* (169). Autorul remarcă mai întâi și aici este o evidență în legătură cu care trebuie să ne întrebăm de ce o contestăm așa de des, că somatizarea „este mai frecventă decât nevrotizarea, ceea ce ne-ar putea face să ne gândim într-un anumit sens că aceasta din urmă este deja o anumită reușită”.

Această remarcă fiind făcută, Joyce Mac Dougall ne spune că corpul este prezent sub trei aspecte: corpul nevrotic, corpul psihotic și corpul psihosomatic, acesta din urmă fiind caracterizat prin faptul că „elementele care în trecut au facilitat calea psihosomatică au fost depozitate, conservate în inconștient într-o manieră diferită de cele care, elaborate sau chiar simbolice, au fost refulate, formând astfel un capital psihic capabil de a fi realitate în simptomele nevrotice”. Și reface astfel legătura aproape genetică între două formațiuni, psihoza și psihosomatica în care actul psihic întâlnește actul corporal.

Astfel, rolul mamei este pus în joc de foarte timpuriu, în ceea ce Joyce numește „numirea” de către mamă a părților corpului copilului său ceea ce face ca „atunci când asurzirea psihică la durerile morale este aproape constantă, nu este surprinzător să constatăm că *ruperea acestei legături între corp și psihic* oferă un teren propice manifestărilor psihosomatice patologice în locul organizărilor psihice”. Separarea dintre organizarea mentală și corp favorizează astfel apariția afecțiunilor psihosomatice și „corpul răspunde atunci amenințărilor psihice ca și cum ar acționa la amenințările biologice”. Aici își pot găsi locul lucrările lui Gabriel Gachein (105).

De la clinica unei alternanțe între psihoză și psihosomatică la înțelegerea unei asemenea oscilări, punerea în evidență a mecanismelor psihanalitice nu vine de la sine, cu siguranță. Dar linia generală a tuturor acestor lucrări pe care le-am citat, de la cele mai vechi la cele mai actuale, de la cele mai străine la cele mai personale, ne conduce la următorul fapt evident: la pacienții la care corpul are o anumită prevalență pentru a se descompune, structurile interne sunt gata să rupă echilibrul în care se află la fel de bine în sensul psihozei cât și în sensul bolii corporale.

Există pe de o parte mama care nu a putut numi față de copil părțile corpului lui, împiedicând prin aceasta să facă din ele locul predilect al unei relații erogene, și pe de altă parte, copilul care nu a știut să acopere lipsurile care aduceau negreșit eșecul pulsuniilor sale, prin structuri de substituit mergând de la suferință la gândire: această dinamică creează o întreagă serie de organizări care actualizează, gata să apară îndată ce se prezintă prilejul. Dar fiind atât de apropiate de originile lor, ele sunt fără nici un fel de îndoială perfect apte să se substituie unele altora la un moment oarecare al existenței subiectului.

LOCUL PRIVIRII ÎN CONCEPȚIA PSIHOSOMATICĂ

Erotizarea percepției

Raportul dintre corp și organele numite senzoriale a fost mult timp rezervat fiziologilor al căror interes se concentra asupra a ceea ce numim mecanismele percepției.

A trebuit să așteptăm pentru a ne da seama că, în realitate, obiectul perceput nu putea fi izolat de subiectul care îl percepe decât printr-un artificiu și astfel, o teorie care părea să nu aparțină decât filosofilor, a ocupat un loc preponderent în studiul constituirii eului care s-a arătat intim legată, chiar nedistinctă de lumea ambiantă. Acest punct de vedere a fost împins la extrem, când implicându-l pe analist, tot acest joc artificial între un pseudo-obiect și un subiect prost identificat, a găsit rădăcini solide în activitatea fantasmatică, a cărei erotizare apare încă din perioadele de organizare a sexualității.

Ceea ce vom spune despre privire ar putea cu siguranță fi aplicat altor simțuri; mirosul, auzul, atingerea, gustul pot fi luate de asemenea ca exemple tipice pentru ceea ce vom dezvolta. Dar despre vedere noi avem mai mult de spus, poate pentru că Freud ne-a lăsat despre acest aspect un text important pe care îl vom studia.

În plus putem remarca în aceeași măsură că vederea a ocupat întotdeauna un loc privilegiat atât în mituri cât și în psihopatologia vieții cotidiene și pentru că limbajul curent, cel care ne înconjoară în fiecare zi, este plin de ea.

De la Narcis care se constituie prin reflexia propriei sale priviri, la Tiresias a cărui cecitate, pedeapsă a lui Dumnezeu, nu a fost dată fără compensație, de la Eđip bineînțeles la Orfeu care omoară obiectul propriei sale iubiri pentru că îl privește; de la nevasta lui Loth transformată în statuie pentru a fi privit în urma ei la Meduza care nu a fost

doborâtă decât când Perseu a prins-o într-un fel prin propriul ei vicleșug; de la un mit la altul, este vorba întotdeauna de privire.

Și la fel când spunem despre o privire că poate fi devoratoare, aruncată pe furie, întoarsă într-un sens sau în altul, că însoțește o traducere *mot à mot*, că permite chiar să urmărim ce se întâmplă dincolo de aparențe sau să dăm putere cuiva.

Dar mai degrabă decât să ne rătăcim în toate aceste metafore, și înainte să abordăm sensul analitic veritabil, trebuie să observăm faptul că privirea a fost luată în considerare de către medici și psihiatri, de aceea merită să ne oprim un moment asupra acestui aspect.

Privirea medicului, privire a celui ce îngrijește, este cea care apare ca una din primele funcții ale acestui exercițiu.

Putem pleca de la această remarcă foarte banală că în orice consultație clinică bolnavul vine să-l vadă pe medic pentru ca el să arunce o privire clinică asupra lui și nu fără motiv această denumire de privire clinică a fost într-un fel creată de Foucault în lucrarea sa despre nașterea clinicii.

Privirea clinică are drept particularitate faptul că trece de la vizibil la invizibil, că merge de la exterior la interior prin tot ceea ce poate da o formă imagistică a înăuntrului: radiografia, tomografia, scannerul, și putem descrie astfel o întreagă evoluție a privirilor succesive. Cercetările biologice la acest nivel au schimbat în mare măsură lucrurile și cei mai în vârstă dintre noi își pot aminti că boala lui Bright de exemplu ne-a fost predată doar pe baza privirii clinice, pentru ca să fie apoi reluată de o privire biologică ultraspecializată.

Această privire clinică, dacă s-a schimbat completându-se prin utilizarea altor informații, a păstrat în același timp criterii care sunt încă aceleași. Mă gândesc de exemplu că chirurgii trebuie încă să utilizeze această frază uimitoare și de a cărei putere fără îndoială nu își dau seama, atunci când îi preocupă o anumită indecizie: „trebuie să vedem.” În același mod, privirea clinică este destinată anturajului și întâlnirea dintre privirile medicului și ale familiei deasupra patului bolnavului este întotdeauna caracterizată de complicitate și înțelegere.

Când privirea trece de la medicina generală la psihiatrie, ea îmbracă forme diferite după orientarea diagnosticului. Astfel putem repera foarte schematic:

— în ceea ce privește nevrozele, fobia privirii care presupune atât privirea celui alt asupra ta cât și a ta asupra celui alt;

— privirea perversului care nu este doar cea a exhibiționistului căci ca și *voyeur*-istul cu care împărtășește aceeași lipsă, și unul și celălalt arată sexe pe care nu le au, încercând să-și constituie un falus în ochii celui alt;

— și în aceeași măsură în ceea ce privește psihoticul la care delirul de interpretare are întotdeauna într-un fel o nuanță de persecuție.

Am putea desigur simplifica exemplele dar ceea ce ne va reține atenția aici este faptul că mai mult decât privirea unui subiect asupra unui obiect, cel mai adesea este vorba de întâlnirea a două priviri, fraza de legătură oscilând între aceste două forme: „il vedeam privindu-mă”, „mă vedeam privindu-l” și pentru a termina „mă vedeam privindu-mă”.

Să ajungem acum la textul lui Freud (103) când în 1910, într-un articol pe care el îl considera mediocru și pe care îl scrisese pentru prietenul său oftalmologul Königstein, el privește o tulburare a vederii din perspectiva psihanalizei: era vorba atunci de isterie și foarte precis de cecitate isterică. Nevroza de apărare este acolo, bine caracterizată, consecința unui mecanism care menține homeostazia, refuzarea dorinței de a privi obiectele interzise. Cu toate acestea această apărare, cum se întâmplă de cele mai multe ori, își ratează în parte, prea mult sau prea puțin, efectul; depășindu-și aici scopul, ea antrenează cu sine toate funcțiile unui loc care devine loc erotizat, astfel că vederea în ansamblu ei, cuprinzând și funcțiile auxiliare, este suprimată. Adică aici nu se mai deosebesc somaticul și psihicul ca entități diverse ci se separă doar două funcții ale unui același organ dintre care una este de ordin pur perceptiv, iar cealaltă este versiunea ei erotizată.

Putem adăuga la aceste concepții originare că dublul registru al unui organ de percepție dobândind o finalitate complementară care o ia înainte finalității fiziologice inițiale, nu este un mecanism specific ochiului și vederii: toate formele de percepție ale lumii obiectale sunt la fel de repede impregnate de o erotizare secundară și cunoaștem astfel remarcile lui Freud în privința simțului olfactiv la *Omul cu*

sobolani, printre altele. În același mod se petrec lucrurile cu ceea ce, printr-o dinamică similară a permis trecerea de la o mână pusă pe frunte la distanța protectoare (protectoare pentru cine... întrebarea se pune și se reînnoiește fără răspuns în timpul întregii cure), care separă divanul de fotoliu. În același mod, am arătat într-o lucrare anterioară că surditatea muzicală a lui Freud avea legătură cu refuzarea anumitor zgomote erotizate în mod deosebit, care băntuiseră fără îndoială copilăria sa.

Astfel privite, lucrurile sunt clare și pentru a ne limita aici la vederea și privire, nu putem decât fi seduși de punerea la punct a articolului din 1901; deși formula este paradoxală, apare că, grație cecității care constituie fundamentul ei, această lucrare clarifică foarte mult mecanismele de apărare proprii isteriei.

Totodată ca întotdeauna la Freud, lectura acestei lucrări pune o întrebare generatoare la rândul său de multiple întrebări. Se știe, într-adevăr, și comentariile au remarcat îndeașna acest fapt, că acesta este textul în care Freud utilizează pentru ultima oară conceptul de „vulnerabilitate somatică”; este aici vorba, vedem, de o formulă care nu a avut decât o foarte scurtă viață, mai ales în raport cu alte concepțe freudiene, deoarece născută o dată cu Dora, cu aproximativ zece ani înainte, ea moare aproape imediat. Or, este remarcabil să vedem că dacă acest termen a dispărut din scrierile lui Freud, din contră, el a stânjenit psihiatria și mai multe generații de psihiatri până în ziua de azi.

Înțelesese Freud că această vulnerabilitate nu era decât o însușire asemănătoare aceleia de somnifer a opiumului, și că acest termen avea o rezonanță cu atât mai mare cu cât era gol pe dinăuntru? Sau, dorise, neîncercetării, să pună din nou în cauză problema corpului și cauza unui semn corporal. Sau încă, s-a temut să nu privilegieze astfel o parte a individului, căci în aceeași măsură putem completa formula atribuind unei vulnerabilități psihice condiția necesară producerii tulburărilor mintale.

Alegerea unei anumite nevroze la fel ca preferința, după situație, pentru un anumit mecanism de apărare, nu este adesea în realitate mai explicabilă decât trecerea prin corp, cel puțin dacă ne ferim să

utilizăm teorii mecaniciste care, funcționând într-un fel ca ascensoarele, ne obligă să schimbăm în mod constant nivelul.

Pentru a reveni la articolul apărut în 1910, este greu să nu amintim totuși că acolo găsim o descriere deosebit de elaborată a noțiunii de *anacis*, că acolo este bine descris conceptul de erotizare și că mecanisme de apărare ca refuzarea sunt de asemenea clar exprimate acolo. Dar cel mai important, cel puțin în ceea ce ne interesează aici, este diferența pe care Freud o face între vedere și privire, chiar dacă cuvântul privire nu este pronunțat aici, punând accentul pe pulsione și avatarurile sale pe de o parte, și pe apărarea eului contra acestei pulsione pe de altă parte.

Plecând de la orbirea isterică, Freud arată că istericii orbi nu sunt orbi decât pentru conștiința lor și că pentru inconștientul lor ei văd. Pentru a relua termenii lui Freud, tulburarea isterică este definită aici ca fondată pe segregarea în afara conștiinței a anumitor reprezentări care au legături cu vederea. Sunt reprezentări mai puternice decât eul care au permis refuzarea.

Pentru a merge mai departe în acest articol rămânând în planul metapsihologiei, vedem bine că contradicțiile dintre reprezentări nu sunt decât expresia luptei care se derulează între diversele instincte, adică instinctele eului și instinctele sexuale; nevroza este deci legată de refuzarea de către eu a instinctelor parțiale.

Plecând de la aceste date Freud generalizează arătând că diferitele organe sunt la dispoziția tuturor instinctelor; că conflictele se nasc din ciocnirea dintre aceste instincte și că refuzarea este secundară; la rândul său, în cazul particular al vederii, ea antrenează scopofilia.

În acest sens nu este deci posibil un anumit progres și trebuie să abordăm problemele relațiilor dintre corpul organic și ceea ce organizează psihice fac din el, într-o altă manieră. Pentru a relua evoluția concepțiilor lui Freud, se pare într-adevăr că, progresiv, s-a realizat o anumită schimbare, și anume că faptul de a recunoaște că un corp are potențiale isterice (de exemplu, că acest corp este susceptibil de conversii somatice) nu elimină obligatoriu alte mecanisme ce corespund unei realități diferite. Plecând de aici, nu mai este nevoie să opunem unui corp dotat cu o bisexualitate esențială, un corp având o altă formă de erotizare iar diferența, dacă ea există, se va situa în altă parte; sau vom fi obligați să privim această problemă în mod diferit cu ter-

meni și concepte complementare care se articulează pe deplin cu teoria psihanalitică cea mai clasică.

Cursul gândirii noastre se oprește adesea asupra unor cuvinte care ne frapază cu atât mai mult cu cât ele condensează problemele ridicate fără a le rezolva. Continuând remarcile noastre anterioare, termenul de Privire este cel care ne va reține atenția, termen puțin folosit de Freud dar care a intrat în repertoriul literaturii analitice de la psihaanaliză de copii și care și-a găsit locul în domeniul psihaanalitic.

Psihanaliza a emis într-adevăr rapid ipoteza unui obiect legat de pulsione în asemenea măsură încât nu mai poate fi deosebit de ea. Și chiar faptul că în satisfacerea pulsionii sau în nerealizarea ei un obiect se poate substitui altuia, nu infirmă o asemenea concepție deoarece deplasarea este întotdeauna metaforică. Dacă orice substituit fără nici un fel de legătură cu suportul inițial ar putea satisface pulsionea, ar fi cu siguranță altfel: dar este o caracteristică a psihanalizei (chiar de aici a început ea) de a fi arătat prezența unei legături asociative obligatorii în ciuda aparentelor divergente.

Doar prin mecanismele de apărare care condiționează întreaga clinică analitică se obișnuiește subiectul să înlocuiască un obiect ideal și deci inaccesibil, printr-o întreagă serie de *ersatz*-uri care, după gradul lor aparent de adaptare sau de inadaptare, se prezintă sau nu ca simptome.

Această privire este purtătoare a celui alt în calitate de obiect la copil, și în special în relația mamă-copil, și aceasta apare cu o mare claritate dacă reluăm fenomenele care însoțesc satisfacția reflectării în oglindă. Lacan, începând din 1936, a arătat importanța privirii ca structurând un eu exterior și alienat. Dar ceea ce descrie Lacan este mai mult de ordinul vederii decât al privirii și cea mai bună descriere a ceea ce se întâmplă între ochii mamei, cei ai copilului și imaginea care îi leagă o găsim la Winnicott. Concepția lui Winnicott (243), așa cum apare cu claritate în *Joc și realitate*, se poate rezuma astfel: la un moment dat „copilul își privește mama și ceea ce vede este el însuși...” cu alte cuvinte mama privește copilul și ceea ce exprimă fața ei este în legătură cu ceea ce ea trăiește; când mama este tulburată, prea prinsă de problemele sale, prea strânsă în apărări rigide și ținând în cele din urmă copilul în brațele ei ca pe un pachet anonim, „copilul

nu primește înapoi ceea ce el însuși dă, el privește dar nu se vede pe sine... fața mamei nu este o oglindă și percepția la locul apercperției...”.

Știm acum că privirea intervine în momente esențiale în care se structurează personalitatea copilului. Plecând de la această remarcă decurge de la sine faptul că mai târziu, cu ajutorul repetiției, perceperea raporturilor dintre corpul propriu și corpul altuia se va stabili printr-un mecanism similar, relație de unde se va naște separarea între eu și lumea obiectală.

Corpul erotizat al altuia, perceput prin privire, se va constitui deci în calitate de obiect al dorinței și în calitate de obiect care dorește; primele fantasme se vor elabora și structura într-o manieră mai complexă prin urma mnezică ce succedă o asemenea incorporare a lumii obiectale.

Căci dacă ceea ce este perceput era deja acolo ca și cum ar fi așteptat să fie descoperit de către pulsione, experiența arată că există întotdeauna un decalaj între ceea ce este conținut în pulsione și ceea ce aceasta întâlnește: din acest decalaj se nasc lipsa și dezamăgirea, creând astfel un spațiu vid pe care subiectul va încerca întotdeauna să-l umple.

Problema acestui spațiu vid în care putem vedea creuzetul fantasmiei, a fost ulterior mult aprofundată de numeroși analiști și într-o expunere făcută la un seminar asupra mecanismelor de apărare, A. Barbier amintește esențialul ei. Astfel, P. C. Récamier vorbește despre o „dehiscentă originară, schiță a unui spațiu al eului, axă pe care se întâlnesc imaginea de sine și imaginea celui alt la sursele unui spațiu tranzițional care trebuie creat”. Astfel se apropie de el conceptul de eupiele al lui Anzieu apărut din „experiența pe care un copil o are, de a se reprezenta pe sine ca eu plecând de la experiența suprafeței corpului său...” La fel Bion cu conceptul său de identificare adezivă.

În orice caz destinul acestei lipse, oricare ar fi originea ei, este foarte divers și pare să conțină în germe toate eventualele forme de mecanisme de apărare. Conținând în aceeași măsură obiectul ca și refuzul de a accepta absența lui, ea este vectorul a ceea ce va deveni refuzul (realității); dacă satisfacerea este mai mică sau diferită, dacă realul este prelucrat în mod diferit ținând cont de o reorganizare internă, va fi vorba de o refulare.

Toate privirile sunt astfel erotizate și toate obiectele exterioare conținute în pulsione sunt la început conținute de asemenea în corpul celuiălt. Privirea asupra lumii este înainte de toate privirea asupra mamei și în aceeași măsură privirea mamei asupra copilului care o privește: regăsim aici ceea ce ne-a învățat Winnicott.

Fără a ne teme că dăm impresia că ne întorcem în urmă, ne vom îndrepta acum către clinica psihiatrică, fiindcă de multă vreme ea ne-a învățat multe despre privire și patologia ei; dar modul în care ea exprimă aceste tulburări ne arată în ce măsură analiza îngreunează lucrurile printr-o clasificare pseudo-științifică fondată pe criterii care vor să pară specifice.

Acest lucru este adevărat pentru toate *linnéisme* (în sensul că Linné ne oferă, în ceea ce privește botanica, exemplul caricatural) care sunt la modă în medicină și care satisfac un cartezianism util pentru că este eficient, dar primitiv în fond.

Într-adevăr, dacă clinica psihopatologică a privirii pune alături ereutofobia, cecitatea isterică, exhibiționismul, *voyeurism*-ul și anumite deliruri de interpretare, ea caută rădăcini diferite pentru ele și încearcă să arate în profunzime diversitatea lor: de o parte se află nevroza cu întregul său fundal caracterial și prezentarea sa clinică specifică, de alta perversiunea cu o plăcere centrată pe vederea sau arătarea organelor genitale; de altă parte în fine este construirea unei realități paralele în care orice sistem logic perfect coerent este fondat pe aprecieri eronate.

Știm că o astfel de clasificare ce se bazează pe descriere, oricât de comodă este, nu îl poate satisface pe analist care va căuta mai profund în organizarea topică și într-un mod legat de relaționare în dinamica repetitivă, natura tulburării. Nosografia în măsura în care este o cheștiune de cunoaștere nu există decât pentru a ne îndepărta de realitatea psihică și toate tulburările pe care le-am descris au în comun un element fundamental: privirea asupra unui corp purtător al unui anumit grad de erotizare negativ sau pozitiv.

Compararea tuturor simptomelor astfel evocate ne arată cât este de importantă, în acest caz, erotizarea relației. Fie că această erotizare a privirii este primară, legată de o pulsione parțială ca în exhibiționism, fie că este secundară sau deplasată ca în fobie, fie în fine că este

negată, ca în delir, este vorba întotdeauna de un raport actual cu celălalt, actual dar repetând trecutul. Conotația sexuală a acestor simptome este foarte evidentă și ceea ce diferențiază aceste diverse aspecte ale patologiei privirii se situează mai mult la nivelul mecanismelor de apărare puse în joc decât la nivelul pulsionii înseși.

Problema este mai greu de înțeles când obiectul arătat nu mai este afectat în manieră funcțională ci într-o manieră mai „organică” precum în anumite boli cutanate.

Ar trebuie să reluăm aici întreaga cheștiune a herpesului, a psoriazisului sau a eczemei infantile dar ar fi greșit să credem că tulburarea apare aici întotdeauna din același mecanism. Cu toate acestea și ori-care ar fi concepția avută în vedere, teoriile psihosomatice au în comun faptul că pun în discuție corpul subiectului cu un dram de realitate, ceea ce nu este evident cazul în nevrozele cu exprimare în mare parte corporală.

Pentru a rămâne aici, asupra temei privirii și erotizării ei, este evident că istoriile cele mai demonstrative sunt cele care se referă la planul cutanat de care se leagă apariția lor. Cunoaștem cu toții pacienți ajunși alopecici la câteva zile după ce au trecut printr-o situație a cărei cheie ei sunt singurii care o cunosc. Uneori chiar observația este cvasiexperimentală în măsura în care, apărând în timpul curei, pe divanul nostru, ea ni se oferă privirii ca în cazul următor din care nu relatăm decât un fragment semnificativ.

Justine în vârstă de 38 de ani este o literată în sensul că predă în acest domeniu și că astfel cuvântul caracterizează o anumită formă de spiritualitate cu apărări rafinate grație manevrării profesionale a proceselor secundare foarte elaborate.

După câțiva ani de analiză în care mecanismele de repetiție obișnuite fuseseră înlocuite în mod progresiv cu relația de transfer—contratransfer bine stabilită, ea aduse într-o zi un vis. Acest vis era aparent banal dar avea deja caracteristica particulară de a putea fi memorat: Justine nu își amintea într-adevăr în general visele sale și acesta este unul din motivele pentru care acest vis a jucat un rol crucial în evoluția analizei. Visul este relatat astfel: „În fața mea este o clădire închisă, o casă, o casă de locuit sau chiar domiciliul meu actual, nu pot să spun, un pic din amândouă fără îndoială și ar trebui să

intru în ea dar este periculos fără să pot ști ce mă neliniștește.“ De la ea sau de la mine, în ora respectivă sau mai târziu, ceea ce relatez acum este cuprins aproximativ în aceste propoziții: este o casă, o clădire, masculin sau feminin (*la maison, le bâtiment*) care se leagă de una din fantasmale pe care Justine le avea când era copil și în care se vedea totuși cu un mic penis; de asemenea de vechile. Amintiri uneori deja evocate, mai ales când era vorba despre a le utiliza pentru a mă seduce și a mă liniști totodată, amintiri legate de iubiri pe care ea le caracterizează ca echivoce și pe care noi le-am numi clar homosexuale, cu colegi din liceu. Trecut familial sau mediu actual, acesta este în câteva cuvinte unul dintre conflictele sale: cum să lege viața sa de femeie măritată, mamă a doi copii, care lucrează, aparent adaptată social, de viață pasionantă din copilăria sa, ca și cum între aceste două statute ale existenței sale ar fi avut loc o adevărată ruptură. Ruptură este de altfel legătura pe care o stabilește în general cu lucrurile, contradicție aparentă care a ieșit la lumină în același moment în care asociațiile sale deveneau mai libere. A intra sau a nu intra în această casă este o problemă angoasantă ca de fiecare dată când soțul său intră în ea, întâlnindu-se prin aceasta cu fricile de tip agorafobic: în mai multe prize, ea a preferat să fie însoțită la serviciu, evitând spațiile deschise pentru că acolo resimea un fel de ameteală, teama ca „o apucă în stradă”.

Pe scurt până aici nu avem decât un vis destul de banal, ce apare dintr-o dinamică veche dominată de o castrare insurmontabilă și de o situație œdipiană deosebit de cultivată de un tată la fel de seducător ca și o mamă omniprezentă; tablou infiltrat de o întreagă problematică pregenitală de captare aducătoare de moarte într-un pântec matern gata să o introiecteze. La acest nivel, putem spune că această pacientă trăia perpetuu la granița dintre un înăuntru în care ar fi fost absorbită de o mamă devoratoare și un în afară unde, respinsă ca un excrement, ea risca în orice moment să nu mai fie decât un lucru mort. Justine adaugă în această ședință elemente pe care ni le împărtășise de câțiva vreme și care se legau de preocupări diurne. Căsătorită de 10 ani, ea nu a avut niciodată aventuri, dar de câțva timp ea a regăsit un prieten din copilărie care îi face o curte asiduă ceea ce o neliniștește și îi place foarte mult în același timp. Exact în ziua dinaintea visului ea îl văzuse pe acest prieten și decisese că ea îl va întâlni a doua zi

la el. Revenită acasă (sau la domiciliul său), ea încă ezită, cântărește argumentele pro și contra, își imaginează regăsirea și plăcerea pe care o va resimți, începe să nu se mai gândească la vinovăția sa eventuală în momentul în care își va înșela soțul pentru prima dată și își spune sieși „... cu atât mai rău”.

Da, cu atât mai rău, căci a doua zi, cu câteva ore înainte de a merge să-și întâlnească prietenul, după ce făcuse visul pe care îl povestește și avusese o noapte agitată, pe scurt chiar în dimineața în care trebuia să îl întâlnească pe amantul său mai întâi și pe analistul său apoi, ea se trezește cu un herpes genital important și un edem care îi deformează partea de sus a coapselor. Reacția sa imediată este să spună: „Este destinul” și anulează întâlnirea cu prietenul său.

O asemenea secvență ne apare ca exemplificatoare în măsura în care ea oferă un material de bază a cărui soartă depinde în mod real de ceea ce fiecare poate (să spună) să facă în legătură cu el.

Într-adevăr este foarte evident că, prezentat în această derulare istorică, adică cel mai aproape de succesiunea evenimentelor, acest segment poate fi interpretat în modul următor: în momentul în care era gata să-și înșele soțul, prinsă în ambivalența sa și neputând să adopte o decizie, Justine vede apărându-i un asemenea simptom încât satisfacția sexuală devine imposibilă. De fapt, o asemenea teoretizare, în afară de simplificarea și naivitatea sa, apare destul de repede ca un placaj și ca un pur joc reducionista. Ar trebui să admitem într-adevăr că este vorba aici de o simplă conversie isterică ceea ce nu este cazul evident din motive foarte numeroase dintre care unul este suficient: natura și tipul leziunilor apărute. Acest simptom „herpesul”, ia cu siguranță locul unui act sexual dar erotizarea lui este de cu totul alt tip: localizarea genitală are loc mai mult pentru a interzice decât pentru a reprezenta într-o anumită măsură un echivalent orgastic.

Pe de altă parte, *nachträglichkeit*-ul pe care l-am amintit atât de des în această privință punând accentul pe o cauzalitate care nu apare ca atare decât *a posteriori*, este o explicație care, în plan teoretic, pare satisfăcătoare: doar o dată ce relatarea este făcută complet ceea ce este prezentat ca anterior poate fi considerat ca legat de ceea ce urmează.

Dar trebuie să ne rețină atenția o remarcă ce capătă aici întreaga importanță: acest mod de a vedea lucrurile nu este în nici o privință specific psihosomaticii, oricare ar fi sensul pe care îl dăm acestui termen iar efectul retroactiv este un concept care se poate aplica tuturor manifestărilor din istoria subiectului, oricare ar fi tipul psihonevrozei sale sau al mecanismelor sale de apărare. Putem spune, de exemplu, pe un plan diferit că manifestările pregenitale care apar în faza edipală nu pot fi înțelese decât în *après-coup* iar Justine, în acest sens, pare să aducă dovadă; dar efectul retroactiv și regresivitatea la acest nivel au cu siguranță multe în comun și poate fi avansată aici problema destrucției exprimată de Marty. În ciuda aparențelor, nu este în realitate ușor de făcut legătura între diversele elemente pe care Justine ni le aduce într-o istorie al cărei avantaj este de a fi fost, într-un fel experimental: în sensul în care noi am văzut-o luând naștere în această situație privilegiată care este relația analitică.

Pentru a relua legătura pe care am făcut-o cu această secvență, este foarte frapant să vedem că am insistat îndelung asupra debutului ședinței, asupra visului și asupra dificultății pe care a avut-o la acest nivel Justine de a se situa între genital–pregenital, înăuntru–în afară, castrare–devorare, respingere–absorbție. Dacă a existat sau nu o ecmăză infantilă, dacă herpesul a șerpuit în corpul său ca un falus, dacă boala genitală a fost prezentată de asemenea în relația analitică pentru a menține cu prețul cel mai mic o distanță protectoare, toate acestea au putut fi evocate în ședințele următoare.

Dar, și poate aici există o anumită originalitate, toate aceste elemente nu au putut fi structurate în mod coerent în nici un moment. Psihosomatica este poate exemplul perfect al pericolului de a face logic ceea ce în inconștient rămâne illogic. Doar enunțarea asociațiilor rămâne adevărul subiectului: sistemizarea lor este o elaborare secundară care îi falsifică complet sensul dănd impresia că îi acordă unul. Și în acest caz, fie el aparent demonstrativ, singurele repere veritabile pe care le putem avea se găsesc în privirea pe care pacienta ne-a făcut să o aruncăm prin rochia sa, asupra herpesului său genital; neputând să-și ofere un amant, ea se lasă vederii în fața noastră, și în acest joc de erotizare a privirii către lucrul învăluit a apărut simptomul său fizic.

Plecând de la ceea ce tocmai am spus, trebuie reluate câteva aspecte în loc de concluzie pentru a permite să se înțeleagă mai bine scopul nostru și însemnătatea lui.

a / Erotism și erotizarea corpului sunt mai întâi concepte care necesită câteva precizări. În domeniul psihanalizei, putem spune că erotismul este caracterizat, printre altele, de distanța pe care o menține între fantasmă și realitate. Se știe bine că veselele care acoperă corpurile sunt mult mai erotice decât corpurile dezgolite; pinguinii lui Anatole France care văzuseră născându-se dorința după ce un călugăr pe trei sferturi orb îi botezase din greșeală și apoi îi silise să se îmbrace pentru a-și ascunde goliciunea, avuseseră experiența acestui fapt; în mod similar se știe că exhibiționistul cel mai desăvârșit este cel ce se plimbă îmbrăcat într-o tabără de nudiști. Astfel imaginea nu devine erotică decât când este apropiată, iar privirea nu se erotizează decât când umple ceea ce este ascuns percepției cu fantezmele pe care le sustine. Invers, pornografia apare, și sexologii sunt experți în materie, când imaginea se suprapune perfect, punct cu punct peste real.

Putem adăuga că a vorbi despre corpul erotizat sau despre erotismul corpului are valoare de pleonasm. Într-adevăr corpul, dacă nu a suferit mari malversații defensive, este întotdeauna erotizat sau susceptibil de a se manifesta ca atare îndată ce este luat ca obiect al dorinței. La limită, alăturându-ne prin aceasta clinicii medicale celei mai banale, putem spune că un corp neerotizat este un corp bolnav, pe cale să moară: de exemplu anorexicul mental este cel mai bun exemplu pentru aceasta. Invers, și în manieră la fel de extremă, putem considera că corpul nu devine erotizat decât în perversiune (în sensul că devine obiectul unei pulsuni parțiale) sau în isterie.

În acest caz, întregul corp este cel care, în refuzul său de a se oferi, prezentându-se totodată ca foarte excitant, ia boala ca suport erogen: să ne amintim ce spuneam încă de la începutul acestor lucrări despre Michelet și Athénaïs, iubita lui refugiată perpetuu într-un corp ale căruia boli permanente erau garanția seducției erotice.

b / Pe de altă parte, relația mamă–copil, așa cum am spus mai sus, este situația explicativă care ne permite să înțelegem mai bine ceea ce se leagă între privire, erotizare și corp, bolnav sau nu. Revenim aici la un text la care am făcut deja mai multe aluzii, text funda-

mental în care, în 1971, M. Fain (84) precizează începuturile vieții fantasmatic: când mama își leagă copilul și când devenind iubitoare dorința sa este în altă parte, ea nu mai joacă rolul de filtru de excitații iar sugarul este supus unei surse de stimulări interne și externe totodată care depășesc toleranța lui.

Funcționarea sa mentală este atunci cu atât mai mult perturbată cu cât, în anumite cazuri extreme, pulsivitatea de moarte inclusă în sistemul de filtre de excitații îi dă acestuia din urmă o mare putere de stimulare; printr-o mișcare ce se autointreține, nesatisfacerea repetată este factor de letalitate.

Am adăuga aici că ceea ce o face pe mamă străină trece cu siguranță prin corp, prin cele două corpuri și prin contactul lor, dar ia în aceeași măsură privirea ca suport relațional. Ajungem aici așa cum am semnalat mai sus la ceea ce Winnicott, mai mult decât Lacan a căruia schemă presupune un copil capabil să integreze o imagine, a descris relativ la privirea mamei și la posibilitatea ei de a investi obiectul său cu un anumit tip de afecte.

Copilul privind-o la rândul său pe mamă se poate completa cu ea, regăsi în ea, sau să nu se vadă niciodată în ea în măsura în care dorința acesteia este în altă parte; în acest ultim caz, ca și Narcis, copilul rămâne singurul îndrăgostit de propria sa imagine cu destinul funebru, așa cum îl cunoaștem, al acestui gen de situație.

c / Pe scurt dinamica mai mult sau mai puțin structurantă a noului-născut se constituie în întâlnirea dintre două priviri; mai târziu, repetarea experiențelor traumatiche precoce va apărea uneori ca singurul simptom (de exemplu eretofobia) sau drept cauză aparentă a declanșării unei stări de decompensare nevrotică sau psihotică.

În planul clinicii analitice, vom numi această întâlnire complicată, cuvânt care trebuie să ne facă să ne oprim aici pentru a încheia cu el explicația noastră. Beaudelaire descrie foarte just prin acest termen, reperându-i încărcătura afectivă care rămâne ascunsă, „o înțelegere secretă între două persoane”. „Între” este pe primul plan căci relația de complicitate are loc întotdeauna în spațiul dintre două persoane umplut de un schimb tacit, înțelegerea realizându-se asupra unui al treilea termen care poate fi un martor inconștient al scenei; dar la fel de bine martorul poate fi un act sau o intenție, mai bine zis o do-

rintă a cărei caracteristică este de a rămâne ascunsă în ochii celorlalți. În acest ultim caz, cel mai adesea complicitatea devine întâlnirea a două priviri asupra unui aceleiași obiect al dorinței comune.

Pentru a încheia cu o referință literară, îl vom aminti aici pe Julien Green a cărui întreagă operă este impregnată de o anumită privire. Îi găsim exprimarea încă din copilărie, în Jurnal, când privirea mamei se îndreaptă asupra micului Julien care făcea baie, asupra micului său penis pe care îl arată, disprețuitor, spunând: „Oh, cât e de urât!”

Îi regăsim însemnarea în fiecare pagină sau aproape din scrierile sale iar în jocul de scenă care separă primul act din Sud de cel de-al doilea, această privire complice, încărcată de erotism și totodată de punerea în joc a unui corp care la sfârșitul piesei va muri, integrează spectatorul în propria sa complicitate.

Și iată jocul de scenă descris de autor:

„...Un minut mai târziu apare în pragul din stânga un tânăr bărbat îmbrăcat în negru. Rămâne nemișcat. Aproape în aceeași clipă, Wiczewski intră prin dreapta și se oprește deodată zărindu-l pe necunoscut. Cei doi bărbați se privesc. Nici unul nici celălalt nu mișcă. Ziua scade.”

Cortină, apoi actul II, prima scenă. Același decor ca în primul act. Nu există un interval de timp între primul și al doilea act. „Tânărul în negru se descoperă și avansează cu un pas. Wiczewski nu mișcă și pare stupefiat.”

Pentru a încheia să adăugăm doar: două personaje, corpuri erotizate, o dorință, complicitatea privirilor și moartea; există în această succesiune o anumită deschidere către psihosomatică, cel puțin aceea pe care credem că o înțelegem.

TIMPUL CORPULUI

Este interesant să vedem cum analiștii, în stare să privilegieze procesele psihice, au uitat că există și corpul a cărui primă și fundamentală esență este caracterul său finit; dacă subiectul viu are un început și un sfârșit, este în și prin corpul său, contrar dorinței sau cunoașterii despre care putem crede *a priori* că vor supraviețui o durată mai mare sau mai mică prin altul. Faptul că Maïmonide a încercat să reunească gândirea evreiască cu cea aristotelică pe această temă a începutului și sfârșitului lucrurilor, nu schimbă nimic, doar deplasează problema într-un plan filosofic: la nivelul cotidianului corpul și istoria lui sunt intim legate de timp.

Nu am scăpat, mai mult decât alții, de această deformare pe care o presupune analiza, ajungând chiar la paradoxul de a scrie o carte despre Timp bazându-ne argumentarea pe metapsihologie fără a fi abordat noțiunea consubstanțială de corp, lipsă cu atât mai mare cu cât corpul viu este prin definiție o condiție necesară elaborării oricărei structuri psihice.

Invitat odată de Michel Sapir să vorbesc despre relația dintre timp și corp, făcusem deja această observație care se traducea dintr-o dată printr-o ezitare în a alege între două titluri pentru a intitula intervenția mea.

Primul titlu ar fi fost: „A da timpului corp” sau „A acorda timpului corp”, în același sens în care putem spune despre o ipoteză că „se materializează” (în fr. *prend corp* — n.tr.).

O altă imagine venea de altfel imediat să se lege de acesta: „A da corp unei țesături” sau mai bine „A da corp voalului unei rochii” cu elementul de corelație fetișistă pe care această idee îl presupune. Căci a da corp unei rochii înseamnă în realitate a suprima corpul care o poartă pentru a îi da un apret, să spunem o soliditate dacă nu o rigiditate care ascunde lipsa pe care o acoperă.

Al doilea titlu ar fi fost „Timpul cu corp” cu cochetăria bineînțelese unei referințe literare ce lasă să se înțeleagă că există vreo legătură cu evocarea lui Raymond Radiguet, punând în joc atât Jean Cocteau-ul care dănuie în fiecare dintre noi, cât și plăcerea corpului efebului în momentul în care diferențierea obiectului nu este pe deplin realizată.

În orice caz într-una sau cealaltă dintre cele două expresii, erau conținute implicit aceleași premise care se pot rezuma în aforismele următoare: corpul este cu siguranță locul în care timpul are cel mai mult de-a face; fără el, el nu are suport și deci nici existență; în el își va manifesta timpul curgerea sa; asupra lui se văd cel mai bine semnele degradării progresive pe care el o atrage după sine.

Regăsind vechiul dualism de care, orice am face, nu reușim nicio dată se ne debarasăm, putem spune în manieră lapidară că dacă eternitatea este legată de psihic, corpul este făcut din finire.

Timpul este conținut în corpul nostru prin două momente precise, două date, aceea a nașterii și aceea a morții, iar pe morminte, identitatea celui ce zace este definită doar prin doi parametri: un nume și două date, cu, în interiorul acestui timp, în spațiul vieții, existența corporală care a fost marcată prin ritmuri și erodată prin uzură, termeni care vor reveni adesea în acest capitol.

De fapt noi suntem cel mai adesea stânjeniți de faptul că, atunci când este vorba de corp, ne referim la un registru în care latura simbolică o ia înaintea părții organice.

Or, și acest lucru este evident, în ceea ce privește corpul reprezentat și pus în cuvinte, problemele sunt în mare parte dacă nu rezolvate cel puțin perfect cunoscute în măsura în care toate Berthe-le Papenheim din lume, bărbați sau femei, ne-au învățat la perfecțiune ce este posibil să facem cu cuvintele sau semnele imaginare atașate unui corp. Dar problemele ridicate sunt cu totul altele când corpul de care va fi vorba este un corp real, adică un obiect care ne acoperă și care se definește prin contradicția următoare: nu are existență proprie pentru noi și totodată ne face să existăm pe deplin.

Am evocat mai sus erorile la care conduce placajul teoriei analitice a nevrozelor asupra abordării corporale, dar am arătat de asemenea faptul că corpul, chiar în organicitatea sa cea mai autentică (ceea ce va deveni praf și nimic mai mult) nu poate fi separat de intrarea sa

în organizarea libidinală și că de la instinctul primar se trece la ceea ce devine pulsione. Este o banalitate, dar este bine să revenim aici, să reamintim că istoria dezvoltării copilului ne arată că există o succesiune temporală a zonelor erogene și că a vorbi de stadiul anal nu devine metapsihologie decât mai târziu, în momentul conceptualizării. În imediat, o asemenea expresie înseamnă că zona anală corporală este în cauză și că în calitate de zonă de plăcere ea apare după o zonă erogenă localizată în altă parte, că în plus ea precedă o a treia într-un al treilea loc.

Același lucru se întâmplă când metapsihologia definește concepțiile de fixație sau de regresie, asupra cărora vom insista mai târziu, în măsura în care aici încă o dată topica pune în joc o localizare corporală precisă. Știm cu siguranță bine, ca să spunem așa, că există o anumită metaforă și că a reduce analul la zona anală ar fi o perspectivă psihotică; dar nu înseamnă că fiind înglobată întreaga activitate simbolică, înscrierea corporală inițială persistă și că în dezvoltarea copilului timpul este înscris în corp în modul cel mai organic.

Lăsând pentru moment metapsihologia, întoarcerea la o perspectivă pur clinică, descriptivă să spunem, ne permite să reperăm într-o manieră foarte directă formele pe care timpul le înscrie în corp și pe care le putem reduce schematic la trei tipuri:

1 / *Ritmul*, mai întâi, în care vedem că se înscrie timpul în corp, prin evoluția lui sub forma pulsațiilor și putem descrie astfel ritmurile de toate tipurile. A fost creată de altfel o știință care nu se ocupă decât de acest lucru, dar pentru ceea ce folosim noi în analiză ne interesează doar următoarele ritmuri fundamentale:

- ritmurile de tip biologic ca pulsul, respirația, ciclurile nictemurale, ciclurile menstruale, ritmurile care sunt marcate în corp astfel încât prin ele se definește viața;

- ritmurile de plăcere ale căror expresii pot fi multiple, deplasate și supuse mecanismelor de apărare, refuzării sau negării;

- în fine ritmurile adăugate, ca de exemplu cele ale toxicomanului (periodicitatea injecției sau prizei) sau cele

legate de o terapie regulată ca *pace-maker*-ul, dializa renală sau altă dată pneumotoraxul.

Toate aceste ritmuri marchează timpul în corp, fie că este un timp intern sau, ca în ritmurile adăugate, că lasă să intervină ceasul sau calendarul.

2 / *Repetiția* apoi, căci toate aceste ritmuri, oricare ar fi forma sau originea lor, sunt definite de aspectul comun al perpetuei lor întoarceri. Ne dăm seama atunci că dacă aceste ritmuri sunt la suprafață purtătoare de viață, în profunzime ele exprimă ceva ce aparține pulsionii de moarte.

3 / *Uzura*, în fine, căci dacă primele două elemente aparțin la fel de bine psihicului ca și corporalului, al treilea termen, este pur somatic. Ritmurile corpului se uzează într-adevăr progresiv și repetiția corporală nu este infinită. Timpul își lasă amprenta asupra ei, exprimându-se la fel de bine prin distanțarea nevoilor ca și prin slăbirea gestului repetat. Corpul nu este definitiv și aceasta este fără îndoială ceea ce atrage după sine timpul.

Timpul și Corpul sunt astfel legate, din punct de vedere clinic cel puțin, prin aceste trei elemente care au în comun o caracteristică esențială: *discontinuitatea*. Nici latura cea mai organică a corpului nu scapă de această calitate care reprezintă poate conceptul cel mai unitar al tuturor domeniilor fiziologice, psihologice și psihopatologice. Într-adevăr caracteristica repetiției, la fel ca cea a ritmului și a uzurii, este reprezentată de alternanță și ruptură astfel că timpul este marcat în corp de o succesiune de uzuri. Noțiunea de durată ne este dată de oprirea semnalului și dacă „lung” și „scurt” codifică timpul, „întotdeauna” nu este în ciuda aparențelor un adverb temporal. Cu mult înainte de Spinoza, se știa că eternitatea era inversul timpului așa cum îl cunoaștem.

Este evident de asemenea că ruptura nu este făcută doar din obiectivare, iar timpul corpului, ca și timpul psihic, este marcat de asemenea de motivații: ruptura, dincolo de exprimarea discontinuității unui semnal presupune de asemenea integrarea acestei discontinuități în investițiile pulsionale. Ruptura apare deci ca o *tulburare în continuitatea narcisică* și la acest nivel este atins corpul. Psihanalistul îl în-

tâlnește pe Qœleth, fiul lui David și regele Ierusalimului, Ecceziastul care enunță perpetue alternanțe de timp și cupluri de contrarii, ia în considerare nu o dialectică ci o succesiune de cezuri: un timp pentru bucurie, un timp pentru durere, un timp pentru răs, un timp pentru plâns...

Când în studiul nostru asupra timpului am parafrizat astfel unul din aceste cupluri descriind un timp pentru angoasă și un timp pentru plăcere, am insistat mai ales asupra aspectului fantasmatic al acestei alternanțe. În domeniul psihosomatic care ne reține atenția aici, trebuie să includem în aceeași măsură aspectul corporal deoarece aceste două tipuri de afect, angoasă și plăcere, sunt exact cele care au o expresie gestuală, chiar somatică, deosebit de elocventă.

Timpul aparține aici corpului în măsura în care îl vedem apărând succesiv, la intervale mai mult sau mai puțin marcate dar care există întotdeauna și care sunt cu atât mai măsurabile:

- la un prim nivel manifestările emoționale cu trecerea de la răs la plâns și ruptura care separă aceste două aspecte ale fetei;

- la un nivel mai înalt, adică intervenind refuzarea și deplasarea, criza de isterie de exemplu, cea mai caracteristică dintre alternanțe, alternanța dintre un timp de calm corporal și un timp de furtună corporal;

- la un la treilea nivel în fine, boala organică, veritabilă ruptură între faza de sănătate și cea de boală. Fără să avansăm în patologie, exemplul fracturii, care ne permite să înțelegem bine ce reprezintă termenul de ruptură în interiorul corpului și în secundar cu lumea obiectală, este demonstrativ.

Faptul că o reflecție suferă și ea alternanțe, este pe linia discursului nostru iar aspectul care ne va reține atenția acum, îl completează și contrazice pe cel anterior, anume că dacă tocmai am spus că alternanța legată de ruptură scoate în relief în corp momentele anterioare și pe cele ulterioare, în realitate totul are loc în prezent căci timpul, chiar și cel al corpului, ține întotdeauna de „acum”.

Pentru a relua istoria pietrei funerare care a deschis reflecția noastră, ne dăm seama cu ușurință că spațiul dintre cele două date nu este adevărat decât pentru ceilalți, o dată subiectul mort. Un altul este cel care va citi inscripția gravată, a cărei durată care definește o existență

trecută nu este adevărată decât pentru ceilalți, cei ce vin după, vii, și care citesc textul. Doar în patologia mentală omul și fixează durata vieții, ca unul dintre pacienții noștri despre care am vorbit altă dată și care făcea pe un calculator suma secundelor care despărteau momentul prezent de data nașterii sale.

Abordat astfel, timpul cu corp nu scapă de ceea ce ne-a apărut a fi o regulă, anume că este întotdeauna vorba despre prezent și că doar prin elaborare secundară se creează o istorie: pentru inconstient, istoria este de ordinul eternității, adică fără înainte și fără apoi.

A evoca corpul înseamnă și a vedea cum se parcurge distanța de la timp la corp în raport cu timpul organizării mentale, anume dacă există paralelism, juxtapunere sau decalaj între cele două. Aici este problema pusă de noțiunile de regresie și de fixație, concepte care formează baza teoriei lui Pierre Marty (164, 166) cu care, în acest sens, avem puncte comune și ne vom opri în detaliu asupra a ceea ce ne leagă și ne separă de această concepție asupra relației psihosomatice.

Una din temele elaborate de Marty arată într-adevăr importanța fixațiilor și regresiei care se traduc printr-o remanieră perpetuă a organizărilor structurale, în mod particular prin ștergerea sau întoarcerea asupra liniilor de repleere a sistemelor defensive. Modul și gradul în care aceste structuri sunt capabile să se dezorganizeze în fața evenimentului (care capătă sens în câmpul subiectului prin efect retroactiv) îi permit lui Marty să aducă o nouă clasificare nosografică ce nu mai este bazată pe cea pe care noi înșine am criticat-o și cu care ne-a obișnuit medicina, ci pe nivelul la care subiectul poate ajunge în pozițiile sale de repleere: Evoluție, Regresie, Fixație, sau mai bine încă, Organizare, Dezorganizare, Reorganizare. Acestea sunt cuvintele-cheie care dau instinctelor de viață și de moarte un destin specific permițând să definim o abordare particulară a psihosomaticii caracterizată deci, printre altele, de *mişcări contraevolutive*.

Este vorba astfel de dezorganizări somatice în numeroase tipuri de nevroze de caracter, despre semnalul de alarmă pe care îl reprezintă depresia esențială, de eventualitatea trecerii dezorganizărilor lente printr-o etapă a vieții operatorii, de insuficiența reorganizatoare, de acroșajele regresive și în aceeași măsură de reiterarea eșecului la sta-

dii funcționale din ce în ce mai arhaice pe terenuri din ce în ce mai fragmentate.

Dar dezorganizarea nu este în mod obligatoriu și din fericire întotdeauna totală, și pot apărea mecanisme dacă nu de vindecare, cel puțin de oprire a evoluției. Regresia se poate de asemenea opri la un anumit nivel de fixație și, în ciuda aspectului său adesea patologic, poate crea una din „diversele forme de reorganizare homeostatică spontane ce trimit la fixații funcționale, la privilegiile vitale individuale mai mult sau mai puțin întinse, uneori de mult timp achiziționate... Regresiile globale se adresează axei înseși a anumitor construcții psihosomatie, alte regresii, parțiale, *ce privesc funcții mai izolate* se arată a fi de o eficacitate reorganizatoare variabilă... studiul regresivilor, în cea mai mare parte neexplorate, căutarea fixațiilor ce le corespund deschid calea către cunoștințe fiziologice” (166).

În toată această concepție este foarte evident termenul de regresie care are cel mai mult de-a face cu timpul și, ținând seama de ceea ce Freud ne-a învățat în această privință, Marty ne prezintă în mod foarte clar trei tipuri particulare de regresie: regresiiile funcționale care merg de la cea mai mentală la cea mai somatică prenatală, regresii în care pot fi distinse forme globale și forme parțiale; regresii intrasistemică care fac ca mecanismele stării de programare să se întoarcă la starea de automatizare; în fine, regresiiile care ating însăși structura nucleelor inconștientului.

Cu siguranță nu este întotdeauna ușor să înlocuim ceea ce clinica analitică ne oferă într-o schemă la fel de bine structurată. Dar Marty arată, în acest aspect al teoriei lui, că timpul este legat de corp într-o manieră mobilă, adică că punctul său de legătură este susceptibil să se deplaseze pentru a regăsi poziții anterioare. Regresia este în acest sens una din manifestările esențiale ale legăturii care constituie istoria dintre timp și corpul care îl suportă.

Ar trebui să amintim de asemenea un aspect al timpului corpului așa cum apare în cura analitică și asupra acestui subiect nu vom face decât câteva remarci care ar putea servi drept deschidere pentru o dezvoltare mult mai mare.

Vom regăsi mai întâi în această privință aceeași importanță pe care trebuie să o acordăm duratei curei în privința corpului și în privința

cuvântului. Dacă este necesar un anumit timp pentru a vorbi, corpul are la fel de multă nevoie de un anumit timp pentru a se instala în relație și analiza se întâlnește aici cu dragostea: este necesar, în afara împrejurărilor excepționale și de altfel adesea patologice, un anumit timp pentru a le realiza.

Dar în plus în cură, timpul se înscrie în mod real în corp ca manifestare concomitentă a afectelor, dând loc unor mișcări pe care gestica le transmite.

În sfârșit în cură, timpul este „cu corp” deoarece mișcările de cenzură sunt cele în care el este cel mai mult pus în cauză. Astfel se întâmplă în cele două momente privilegiate care dau cadrului analitic limita sa, și în care corpul și timpul său sunt prezente: începutul și sfârșitul ședinței, cu privirile, gesturile, mersul, mâinile care se întind.

Pornind de la toate aceste date se pune problema în titlul acestui capitol: „Despre timp și despre corp” ne conduce la o deschidere mult mai mare care adaugă acestor doi termeni alte două noțiuni: pe de o parte identitatea și pe de altă parte ceva ce este de ordinul creației sau recunoașterii.

De fapt în timpul elaborării acestei lucrări ni s-au pus un anumit număr de întrebări în care acești termeni se intersectează: Cum se trăiește identitatea corpului? Cum se metine ea în cursul timpului când acesta marchează identitatea corporală în mod evident și constant schimbător?

Dacă noi nu putem aborda în mod real problema „cum ne formăm în plan fizic și cum se creează pentru sine o imagine pornind de la un nimic”, ne reține aici atenția o altă întrebare, și anume: cum recunoaștem fiecare zi, ceea ce ne conduce la o ultimă întrebare: cum să facem cu imaginea propriului corp și ce se întâmplă între această imagine și cel care o privește.

Încă o dată vom încerca prin intermediul unei anumite clinici să răspundem acestor întrebări, poate vom ajunge pur și simplu să le punem într-o manieră mai abordabilă: clinică în măsură în care este vorba despre a observa ceea ce se întâmplă între sculptor și modelul său.

Ar trebui făcută o cercetare în cele ce s-au scris asupra acestui termen și în special asupra modului în care citirea personalității unuia

sau altuia poate evolua în funcție de munca ce se face asupra pietrei sau argilei. Mai întâi ce devine ceea ce înfățișăm din piatra din care va ieși subiectul care îi este interior; ce semnifică la acest nivel termenul de model al cărui sens are o mișcare de du-te vino de la verb la corp și de la corp la pământ; ce se întâmplă între mâna sculptorului și corpul distant al sculptatului; și ce schimbare se va opera în destinația celui care aproape de sine însuși poate avea în permanență un alt sine însuși transformat în statuie.

Într-un studiu făcut asupra psihodramei analitice Anne Caïn (32) s-a aplecat asupra unui text care răspunde în parte acestor întrebări, text luat de la Lou Andréas Salomé (*Ma vie*) (154) și noi facem după ea apel la aceeași sursă. Să amintim pentru a situa textul că Lou Andréas Salomé, evocând legătura ei cu Rilke, vorbește despre dificultățile psihice pe care acesta le avea, de angoasele și problemele lui fizice.

Rilke îi fu prezentat lui Rodin de viitoarea sa soție, model la sculptor; el însuși pozase în mai multe reprize pentru Rodin și iată ce ne învață Lou Andréas Salomé:

„Ne imaginăm ce eliberare fu din acel moment pentru Rainer să-l întâlnească pe Rodin, artistul care îi dăruie realitatea așa cum este ea, fără ca subiectul să o altereze prin sentimentele lui; el l-a învățat, servind el însuși drept model, să facă să coincidă fecunditatea producției cu aceea a vieții și al cărui unic precept și lege, „să muncești mereu”, îl făcea să „facă lucruri” — nu cu angoasă, pentru a se refugia în ea, ci cu ochii mari deschiși asupra „modelului său”. În timp ce Rainer învăța să aibă o activitate în care se consacra lucrurilor concrete făcând abstracție de stările sale sufletești de moment, viața sa cotidiană, și ea, ocupată cu răbdare de meserie, de lucrarea tehnică, se supunea puțin câte puțin singurei și supremei puteri a artei. Era desigur mult timp de când dorința sa alerga plină de speranță către acest scop: în cercul de pictori din Worswede deja, grație Clarei Westhoff, elevă a lui Rodin, care, înainte să devină nevasta lui Rainer și înainte ca acesta să-l cunoască personal pe Rodin, îl făcu să-l întâlnească. Fără îndoială că angoasa putea încă, chiar după instalarea lui la Paris, să se intensifice la extrem; până acolo încât fusese satisfăcut în dorința sa de a se duce să rămână pentru totdeauna la Rodin, de a-i aparține

în totalitate, de a fi, în aparență, numai secretarul său particular, pe când în realitate era o relație de la prieten la prieten în care fiecare ia și se dăruiește fără limite: Rodin este, în fond, primul care i-a dăruit întreaga lume de obiecte.

Și nu doar lumea obiectelor: ci și stăpânirea fantomelor născute din himerele sale, din tot ce aveau atroc, respingător și diabolic viaziunile sale deformante.”

Interpretarea făcută de Lou Andréas Salomé evocă cu mai mare ușurință exorcismul decât punerea în mișcare a unui proces analitic, exorcism care merge în același sens cu concepțiile mistice ale lui Rilke. Dar noi trebuie să citim aceleași fapte într-o altă manieră.

Dacă reluăm istoria, Rilke devine într-adevăr modelul unui sculptor care o are deja drept model pe viitoarea sa soție, ceea ce poate fi tradus astfel: aceeași privire, aceeași mână a artistului era pusă asupra cuplului și prin dorința sculptorului au putut fi recreați Rilke și viitoarea sa soție într-o anumită manieră. Așa cum remarcă de altfel autoarea, legătura dintre Rodin și Rilke era de ordinul unei prietenii deosebit de profunde iar uniunea dintre cei trei protagoniști ai scenei apare finalmente ca foarte complexă: care din ei îl creează pe celălalt în aceste condiții, cine era stănenit de al doilea în fața celui de al treilea? Dar trebuie mers mai departe, căci dacă o asemenea relație în trei este destul de banală, în cazul particular al acestui trio celebru, cauza și concluzia situației era reprezentarea sculptată a lui Rilke. Ceea ce este creat plecând de la întrepătrunderea tuturor acestor dorințe, ceea ce este constituit din toate aceste pulsuni, este însuși corpul lui Rilke care se poate vedea ca o dublură imobilă și exterioră lui însuși. Faptul că Rilke a fost de aici „ameliorat” în plan psihic, este fără îndoială un „în plus” căci o asemenea situație ar fi putut în aceeași măsură să aducă un clivaj atât al obiectului cât și al eului devenit obiect, clivaj al cărui rezultat ar fi fost psihoza.

Identitatea corpului în acest caz sfârșește prin a scăpa timpului grație creației artistice care face din eu și din învelișul său un obiect exterior.

Trecem astfel la o altă expresie a timpului cu corp pe de o parte, cu intervalul determinat de aceste două date înscrise pe un mormânt

care presupune corpul real cu ceea ce rămâne organic din el; și cu acest corp sculptat care scapă timpului, conceput pentru eternitate.

Rămân două probleme dintre care cea dintâi nu își are locul aici, dar cea mai importantă este cea a restului așa cum noi l-am exprimat în interogația următoare: ce devin bucățile înlăturate din piatră pentru a face să apară reprezentantul statuificat al modelului. Unul din răspunsuri ar fi că aceste bucăți, la rândul lor, reprezintă un puzzle în căușul formei sculptate.

DURERE ȘI SUFERINȚĂ

Nu putem evoca domeniul psihosomatic, oricare ar fi definiția pe care o dăm acestui termen, fără a aborda problemele ridicate de durere.

Într-adevăr, când subiectul suferă își resimte corpul și limitele sale și ia cunoștință de procesele intelectuale sau afective care sălășluiesc în el. Sătul, dacă din întâmplare pulsuniile sale ar fi satisfăcute, eul nu ar mai fi subiect de reflecție și doar când, în lume, se găsește o lipsă, funcționarea mentală se stabilește și durează.

La acest nivel, durere psihică și durere morală sunt perfect unite și pentru cei ce s-ar îndoi, clinica doliului vine să-i demonstreze unde este adevărul.

Există mai întâi, în ceea ce privește durerea, un aspect economic care apare de la primul contact al îngrijitorului cu cel ce este îngrijit. Fraza care inaugurează această relație, în ritualul cotidian al medicului, de exemplu, este aceasta: „De ce suferiți?“, adică, „vorbiți-mi de durerea dumneavoastră“, prim cuvânt care stabilește relația medic-bolnav, oricare ar fi specificitatea acestei relații. Adică universalitatea acestui simptom trăit, a cărui întindere depășește cu mult câmpul medical pentru a se situa în același mod în orice stare de rău, fie ea organică sau existențială.

Plecând de la această banalitate, clinica analitică și teoria care îi constituie substanța ne conduce la trei remarci preliminare:

a / În actualul în care apare clar că durerea este într-un fel un cuvânt imposibil în sensul în care ea nu poate decât fi trăită exprimându-se la nivelul cel mai simplu printr-un țipăt sau printr-o frază stereotipă oricare ar fi mediul cultural („Mi-e rău“).

De fapt nu ne putem opri aici, căci țipătul sau exprimarea formulată în trei cuvinte apare imediat ca un stimul care va declanșa o

relație la carei destin variază după context; de la cercetarea unei etilogii materiale până la punerea în evidență a unei cauze morale, sunt posibile toate combinațiile.

La acest nivel, în primul sens al expresiei sale, plângerea se manifestă ca o formulare cu totul infantilă atât în formă cât și în fond. Expresia „mi-e rău” nu are vârstă. Scoasă din contextul său, un adult sau un copil mic se vor exprima în același mod. Încă mai evident, dacă este vorba de un tipăt, regresia este autentică: sugarul și animalul ca și adultul au în comun aceste aspecte ale limbajului. Chiar gestica ce însoțește această plângere face să se regăsească deseori la omul în vârstă comportamentul pe care îl avea în copilărie.

Astfel acest caracter actual al durerii exprimă în naivitatea sa (în sensul clinic al termenului), înainte să fie integrat într-un discurs care îi va da sensul, pune în joc un sistem regresiv care face ca cel care suferă să utilizeze pentru a-și spune durerea aceleași forme pe care le utiliza fiind copil.

b / A doua remarcă își are cu exactitate sursa în această regresie la starea infantilă și în locul important pe care îl ocupă mecanismul durerii în procesul de maturizare a copilului. Acesta este locul în care, pe plan economic, durerea este un beneficiu.

Pentru a simplifica lucrurile cu riscul de a le reda eronate prin schematizarea lor, amintim că copilul are două moduri de a-și realiza pulsuniile și de a-și trăi la fel de bine corpul ca și lumea care îl interesează.

Pe de o parte satisfacția, plăcerea, satisfacerea pulsuniilor, uniunea cu obiectul pe care o așteaptă. Este cu siguranță un lucru bun dar trebuie să percepem imediat greșeala: admitând la limită că pulsuniile ar fi întotdeauna satisfăcute, copilul nu va mai sesiza limita dintre un înăuntru și în afară, între pulsuniile sale și obiecte, între el și celălalt. Orice maturizare ar fi deci exclusă iar fuziunea cu lumea ar suprima orice identitate.

Pe de altă parte și acesta este lucrul care apare întotdeauna, experiența nesatisfacerii pulsuniilor, a durerii fie ea interioară sau exterioară. Ceea ce apare atunci este o trăire a lipsei esențiale având ca beneficiu aceste două consecințe: pe de o parte satisfacția halucinatorie a dorinței care generează viața fantasmatică; pe de alta, prin diferen-

țierea dintre eu și lumea exterioară ostilă, apariția negației, matrice a judecății.

Durerea la copil devine, la acest nivel, creatoare a celei mai mari părți a structurii sale psihice, atât pe versantul intelectual cât și pe versantul imaginarii.

c / A treia remarcă ne va duce de la această regresie la copilărie, la actualul durerii, percepuându-i mai bine destinul.

Putem spune într-adevăr că durerea este un fenomen maturizant la adult așa cum am văzut că era la copil. Sunt numeroase domeniile unde se stabilește, foarte evident, o relație între creație și durere, fără să fie vorba întotdeauna de un mecanism de sublimare. Perversiunile și în special masochismul, anumite construcții intelectuale, edificiile bazate pe fantasme, o întreagă activitate mistică în sfârșit: nu va fi dificil să găsim exemple celebre pentru a ilustra aceste patru destine (Allendy, Baudelaire, Masoch și de ce nu Job).

Mai mult decât un cuvânt imposibil, durerea permite de fapt să accedem la un alt tip de cuvânt, prin regresie fără îndoială, adică prin repunerea în joc a unei întregi serii de mecanisme infantile care, o știm bine, sunt întotdeauna gata să funcționeze la om, chiar dacă nu este sclerozat.

Acestea sunt primele aspecte a ceea ce vom expune acum concentrându-ne reflecția asupra destinului suferinței.

Primele Întâlniri psihanalitice de la Aix-en-Provence din 1982 (37) abordaseră deja această temă a suferinței asociind-o cu concepțiile de plăcere și gândire.

De fapt ne va reține aici atenția mai ales destinul acestei suferințe, în măsura în care corpul și spiritul se reunesc în ea.

De îndată ce punem această problemă par să se deschidă trei destine pentru subiectul care suferă:

- un destin sublimat al cărui exemplu sunt religiile fondate pe suferință;
- un destin pervers al cărui tip realizat este masochismul;
- în fine un destin al maturizării care trece prin ocolul necesar al nesatisfacerii.

O asemenea prezentare este totodată prea schematică fiindcă este foarte evident că, în clinică, aceste destine se aliază în amestecuri complexe și deci noi vom privi lucrurile într-o manieră mai puțin școlărească:

1 / Trebuie spus mai întâi că utilizarea termenului de durere sau de suferință generează la analist o anumită teamă, anume o anumită neîncredere care se situează la fel de bine la nivel etic (dar despre acesta voi vorbi mai târziu) ca și la un nivel psihologic și pe acesta îl voi indica imediat. Acest termen de suferință face într-adevăr apel la referința la o psihologie la persoana întâi, adică la un sentiment, o trăire să spunem, al cărui sediu se găsește în eul conștient. A suferi este un sentiment dureros pe care subiectul îl încearcă în corpul și în psihismul său astfel că nu există suferință, așa cum există angoașă, decât la nivelul eului.

Dacă rămânem la acest nivel, psihanaliza nu își găsește locul și pentru a o examina, trebuie să acordăm suferinței valoarea de simptom, adică a unei formațiuni având sediul la nivelul conștiinței dar ale cărei semnificații și motivații sunt în altă parte.

Cu siguranță suferința nu este singurul semn care răspunde acestui statut și putem spune același lucru pentru ceea ce îi este dat să trăiască eului ca afect sau ca reprezentare. Opera lui Freud este plină de semne care răspund celorlași mecanisme.

Dar dacă insist asupra acestui aspect este din cauza pericolului pe care îl reprezintă rămânerea la suprafață și luând starea afectivă ca cuprinzând în sine cauza sa. Suferința este cea care îl face pe subiect să consulte, este ceea ce celălalt face să ne apară ca o cerere de a fi alinat, veritabilă capcană în care noi trebuie să evităm să cădem.

2 / Apare apoi un al doilea element care poate servi drept reper printre conceptele noastre și care constă în a elucida eventualul raport dintre suferință și neplăcere. Că există o relație între cele două stări, aceasta este foarte sigur, dar această relație nu este la fel de evidentă pe cât pare.

Mai întâi pentru că, așa cum vom vedea mai târziu, suferința poate fi însoțită de plăcere (ceea ce decurge deci din masochism), dar mai bine încă, dacă mergem mai profund, ea poate răspunde direct princi-

piului plăcerii: vrând să spunem prin aceasta că ea nu se prezintă deci ca satisfăcătoare în mod secundar ci în mod primar.

De fapt pentru moment ne vom limita să subliniem neechivalența dintre termeni atât de apropiați ca neplăcerea la care noi am adăuga doar-neplăcerea, și suferința. Similitudinea dintre aceste două stări este doar de suprafață, situându-se aici încă la nivelul conștient și strângându-se în jurul unui sentiment (și nu al unui afect) comun: a avea o durere, a-i fi rău. „Răului” suferinței i se opune în modul cel mai antitetic nu plăcerea ci foarte simplu „starea de bine”. Expresiei „sufăr” i se opune expresia „sunt bine” care apar amândouă la nivelul fenomenal al trăirii. A te simți rău sau a-ți fi rău, o suferință care definește eul care se ia drept obiect.

Încă un pas, considerând lucrurile din punct de vedere metapsihologic, trebuie să mergem mai departe: se pune atunci problema suferinței concepute ca o inadecvare a pulsionii și poate că în sensul acesta neplăcerea se apropie cel mai mult de ea.

În această perspectivă, Christian David (53) a reluat cu multă claritate ceea ce Laplanche și Pontalis observaseră de asemenea făcând distincția dintre suferință și neplăcere. Așa cum au făcut aceștia din urmă, putem să regăsim într-adevăr de-a lungul operei lui Freud o astfel de distincție care apare în *Schiză*. C. David scrie astfel: „perchea contrastantă implicată nu este cum ne putem aștepta plăcere-neplăcere ci pe de o parte plăcere-neplăcere iar pe de altă durere” având drept consecință imediată și logică faptul că procesul trăirii satisfacției ca și satisfacția halucinatorie care potolește trecător dorința, depind numai de cuplul plăcere-neplăcere. Durerea este deci definită ca un element separat care poate depinde de un factor cantitativ.

Este aproape ceea ce a exprimat Ferenczi (87) în 1926 într-unul din ultimele articole ale sale. „Problema afirmării neplăcerii” al cărui subtitlu precizează conținutul: „Progresul în cunoașterea sensului realității.” Într-adevăr, neplăcerea și crearea lumii merg împreună iar cele două mecanisme ale suferinței și neplăcerii se pot reuni în această funcție epistemică. Totodată o diferență esențială ne arată că asemenea nu există decât la suprafață, căci dacă neplăcerea conduce aproape întotdeauna la cunoaștere, adică la fundamentul realului, suferința, deseori uluitoare, generează în general o retragere a eului cu dezinvestirea obiectală care anihilează în cea mai mare parte a timpu-

lui manifestarea sa exterioară. Doar pe o cale foarte secundară și sublimată în mod foarte secundar eul suferind, utilizând un mecanism de reflexie, poate lua suferința sa ca material și face din ea un obiect de artă sau un obiect mistic de exemplu.

Observăm aici că ceea ce este în cauză în toate aceste cazuri are ceva de-a face cu mecanismul negării în măsura în care acest termen evocă pentru noi articolul lui Freud în totalitatea sa. „A-ul” privativ ca și „ne-ul” sunt prefixuri care răspund acelorași mecanisme. O ipoteză ar consta atunci în a considera că negația, care presupune recunoașterea a ceea ce este negat în chiar lexisul enunțului, conduce la o dublă cale pentru a permite ca în neplăcere să fie atinsă plăcerea: o cale imediată și o cale secundară, prin retur, calea masochismului.

3 / Vin apoi raporturile dintre suferință, disperare și doliu ale căror relații sunt în orice caz evidente în planul limbajului.

Disperarea ia naștere dintr-o situație traumatizantă foarte specifică: neputința sugarului de a-și satisface nevoile și dorințele antrenează o *incapacitate de a măsura excitațiile*. În realitate disperarea poate fi descrisă în două moduri: fie cum scriu Laplanche și Pontalis ca stare de lipsă, adică punând accentul pe latura obiectivă a situației; fie rămânând mai aproape de lexic, ca afect, sentiment real sau trăire a disperării, adică a stării afective create de neputința de a depăși pericoul.

La acest nivel consultarea dicționarului ne aduce un element interesant și neprevăzut: angoasă vine de la *angustia* (îngustare), disperare (fr. *déresse* — n.tr.) vine de la *districția* (strămtoare). În ambele cazuri este vorba despre o impresie asemănătoare.

Dacă de la disperare se trece la doliu, raportul este poate mai ușor de stabilit. Într-adevăr, suferința doliului este mai specifică, mai caracteristică, căci paralela cu neplăcerea este cu siguranță mai dificil de făcut.

Pierderea obiectului atrage după sine o suferință, o durere morală, un veritabil simptom care este expresia la nivelul eului, a atingerii narcisice. În același timp, există aici un mecanism de vindecare, căci suferința în acest caz este coerentă și nu dezorganizare psihică: subiectul suferă pentru ceva și întreaga sa organizare psihică se structurează în jurul obiectului pierdut.

4 / De la doliu la sublimare, există un domeniu învecinat pe care îl vom aborda acum și care va fi cel de-al patrulea reper al nostru. Lăsând deoparte sublimarea artistică a cărei romantism este evident exemplul cel mai frumos (și mai mult decât la René mă gândesc la: „Fii înțeleaptă o durerea mea și fii mai potolită” sau la *Leiden des jungen Werthers* unul din rarele texte în care cuvântul suferință este chiar în titlu), prefer să mă opresc un moment asupra relațiilor dintre suferință și mistica religioasă.

În Vechiul Testament cele două exemple la care se face întotdeauna aluzie, Iov și Isaiia, sunt de fapt niște exemple greșite, și dorim să arătăm acest lucru. Iov de exemplu nu are nimic a face cu vreuna din accepțiunile suferinței și doar anumiți exegeți au putut vorbi despre sublimare religioasă, făcând aceeași greșeală ca cei trei falși prieteni ai lui. Iov suferă fără motiv și suferința sa nu pune deloc în cauză justiția Eternității.

Dacă suferă, este pentru nimic, nici chiar ca încercare căci de ce ar fi fost ales el mai degrabă decât un altul, ales printre Aleși. Suferința lui Iov este într-o anumită măsură *sublimarea propriilor sale pulsuni*.

În același mod în cartea lui Isaiia găsim figura enigmatică a servitorului Eternității care joacă, mai spun acești exegeți, rolul unui Mesia, dar care de fapt este Iacob în calitate de reprezentant al poporului evreu și al cărui rol este să reia cuvântul lui Dumnezeu. Este în același timp „Cel care suferă cu adevărat”, care suferă injuriile și ocările tuturor persecutorilor cu caracteristicile unui adevărat desfigurat, supus desconsiderării prin suferință, purtând toată suferința lumii. El este cel cărui Eternitatea îi dezvăluie iertarea și că poporul ca și Ierusalimul vor fi salvate. Iarăși unde este sublimarea aici?

De fapt cultura creștină a acordat de mult timp, și ea este cea care i-a luat în seamă pe Iov și pe Isaiia, o valoare etică noțiunii de suferință, într-un anumit fel măntuitoare. Răscumpărarea păcatelor, proptii sau ale altora prin suferință este un mecanism foarte idealizat și plecând de la o recitare a unei cărți a lui François Mauriac: *Suferința creștinului*, carte în care condiția păcătosului este supravvalorizată, am scris, pe timpul Întălnirilor de la Aix din 1982: „Una din temele propuse spre reflecția noastră (Suferința) este în aceeași măsură înțeleasă de la început dintr-o perspectivă etică. Nu este așa de ușor, într-ade-

văr, oricare ar fi formația noastră și profunzimea sa, oricare ar fi timpul deosebit de lung al anilor noștri de învățătură, oricare ar fi darurile și perversiunile noastre personale, să suprimăm ierarhia de valori pe care simțul comun o plasează între suferință și plăcere. Morala creștină și în aceeași măsură un anumit număr de filosofii, au insistat suficient asupra valorii mântuirii a suferinței pentru ca noi să fim impregnați de o asemenea idee și ca să rezultă de la sine că durerile noastre sunt întotdeauna expiatorie. În ceea ce ne privește stim bine că religiile și filosofii nu au făcut decât să întărească ceea ce formează fundamentul înșiși al situației oedipiene amenințarea castrării este consecutivă unei plăceri, fantasmate sau dorite de copil, iar o parte din suferința sa îngoasă este fructul plăcerii sale de a fi încercat să își realizeze pulsunile. Pentru toată lumea culturală în care trăiește omul și aceasta fără îndoială dintotdeauna, plăcerea a avut în mod constant o nuanță de vinovăție iar suferința de pedeapsă, pentru simplul motiv că situația oedipiană este anterioară oricărei elaborări filosofice sau religioase.”

În cele din urmă sublimarea așa cum o înțelegem noi în cultura religioasă ne aduce către conștiință și într-un fel ne îndepărtează de analiză.

5 / Din contră, al cincilea aspect al nostru ne va face să abordăm raporturile dintre suferință, îngoasă și erotizare, termeni care sunt mai aproape de această dată de metapsihologie.

Ne întrebăm mai întâi ce separă îngoasa de suferință căci se pune întrebarea dacă nu orice suferință este însoțită de îngoasă și invers dacă nu orice îngoasă este suferință. La limită, poate vom putea ajunge la melancolicul care suferă de depresie profundă fără îngoasă, în asemenea măsură există la el certitudinea delirantă a apropiatului său sfârșit sau a cauzei nenorocirii sale.

Dar acest exemplu, paradigmă extremă, ne permite totodată să înțelegem în parte diferența dintre îngoasă și suferință. Prin definiție îngoasa, cel puțin îngoasa pură este la nivelul conștiinței, o frică de nimic, adică o suferință fără motiv. Pe când suferința este întotdeauna suferință pentru ceva: în cea mai mare parte a timpului este, în planul conștient, suferința prin mecanismul dolului sau al melancoliei adică așa cum am amintit mai sus, prin pierderea obiectului,

oricare ar fi el, real sau mai idealizat, înainte ca mecanismele de introiecție sau de identificare să fi putut compensa pierderea.

Aceasta pentru îngoasă. Dar în ceea ce privește erotizarea, trebuie să remarcăm că cele două afecte de plăcere și suferință sunt în general suficient de distincte: prima o succede pe cea de-a doua când nesatisfacerea pulsionii atingând un prag foarte mare de durere, pulsivitatea se satisface mai mult sau mai puțin direct și apare plăcerea. Dar succesiunea timpurilor se poate face în aceeași măsură în sens invers și se știe că fiziologii sunt primii care au arătat că excesul de plăcere poate fi trăit ca o suferință.

În aceste două cazuri oricum, alternanța face ca o scandare temporală bazată pe destinul pulsionii să fie generatoare pentru percepția timpului așa cum am arătat-o anterior (36).

Există de fapt un al treilea caz în care suferința este erotizată, direct sau în mod secundar, și trebuie ne referim la masochism pentru a înțelege metapsihologia acestei stări al cărei exemplu cel mai sustinut este delectarea tristă.

Freud (100) remarcă că „starea de excitație sexuală este exemplul perfect al unei creșteri a excitației care este de asemenea însoțită de plăcere”. Aceasta este adevărat în diferitele forme ale masochismului care fac ca îngoasa și plăcerea să se regăsească în grade variabile; astfel este masochismul feminin cu disperarea dată de penisul absent, una din primele îngoase ale cărei reapariții nu sunt decât un semnal care evocă urma mnezică și care este unul din elementele a căror reîntoarcere se face cu ambivalență în binomul îngoasă-plăcere al adulterului; astfel este masochismul erogen a cărui cauză nu este atât dorința de a fi bătut de tată ci deja așteptarea anxioasă și ambivalentă care apare în această privință (voi fi bătut sau nu); astfel în fine este masochismul moral în care repetarea unor situații dure-roase și anxioase este cultivată ca o plăcere de subiectul care își satisface astfel nevoia sa de eșecuri repetate.

Prin aceasta se pune problema supraeului și o putem transforma astfel în sensul cercetării noastre prin adăugarea unui singur cuvânt, fraza lui Freud: „Eul reacționează cu plăcere, prin sentimente de îngoasă (și de suferință adăugăm noi aici) la înțelegerea faptului că a rămas dincoace de experiențele trecute, prin idealul său, supraeul.”

Un exemplu clinic ne va permite aici să clarificăm mai bine punctul nostru de vedere: este vorba de un caz pe care l-am relatat deja în lucrarea noastră despre Timp (36) și dacă îl reluăm aici este pentru că ni se pare că arată în mod foarte evident raporturile dintre suferință, angoasă și erotizare, chiar dacă termenul de suferință nu a fost pronunțat în timpul primei publicații.

Iată observația așa cum o putem citi în acest text anterior:

Aral este deci un bărbat de treizeci de ani care prezintă de mult timp o nevroză de angoasă cu manifestări fobice destul de bine compensate până în ziua în care, apărările sale prăbușindu-se în urma unui traumatism afectiv banal, el începe o analiză. O secvență a acestei lungi aventuri ne va reține atenția în măsura în care ni se va părea exemplificatoare în cercetarea noastră.

Pacientul își amintea cu mare plăcere un vis sau o scenă mai mult sau mai puțin reală pe care o trăise în copilăria sa. La vârsta de 7 ani, se dusesse cu tatăl său la cinema să vadă un film de groază: *Masca de ceară*. El nu își amintea prea bine filmul, ci doar că sub un zid erau atârnaate capete de ceară, scenă din care se alimentase un vis de al său în aceiași noapte. La originea acestui vis se adăuga o altă legătură cu realitatea: în întunericul din camera sa și printr-un joc de oglinzi, el putea zări în antreu o farfurie pe care în penumbră o lua drept o mască. Toate acestea erau desigur foarte angoasante dar pacientul meu găsisse, începând cu săptămânile care au urmat acestei scene, plecând de la elementele din realitate, un joc care îi dădea o anumită plăcere: își ascundea capul sub cearșafuri apoi îl scotea pe jumătate să vadă dacă imaginea terifiantă era încă pe perete. Îngrozit de această priveștiște (mai târziu a înțeles că adevărata frază era: liniștit de această priveștiște, își ascundea din nou capul sub cearșafuri), el își amintea la perfecție că în acest joc (joaca de-a frica) ceea ce îi dădea o plăcere intensă și confuză era acest moment în care avea să se dezvelească și prin aceasta să descopere eventuala prezență o obiectului generator de neliniște. El va regăsi mai târziu această fantasmă și stăpânind-o în întregime prin rejucarea ei pentru sine însuși pe scena sa imaginată, relatarea acestei amintiri care se repeta aproape în fiecare seară devenise un mijloc de a adormi. Pare adevărat că aici castrarea ar fi pusă în cauză, dar este de mică utilitate pentru conducerea curei; fap-

tul că obiectul exterior, prin prezența sa, ar fi de asemenea un falus liniștitor a cărui realitate vine să întărească continuitatea subiectului, este de asemenea adevărat; că tatăl este acolo de asemenea, el care dusesse copilul la cinema pentru a vedea împreună aceste scene tulburătoare aceasta se înțelege de la sine; dar mai mult, ceea ce ne interesează aici este asocierea dintre plăcere și angoasă și restructurarea progresivă a acestuia cu trecerea de la un simptom la utilizarea defensivă a acestuia. Căci atrăgând după sine insomnia la început, aceeași scenă devenise generatoare a unui somn liniștitor.

Pentru a actualiza această observație cu privire la suferință trebuie să adăugăm aici faptul care nu își găsea locul în prima expunere, că Aral a venit să mă consulte pentru că suferea ca urmare a unei decepții în dragoste și că în această perioadă acută de suferință morală venise să ceară ajutor. Există cu siguranță la el o depresie cauzată de doliu, pierderea obiectului fără ca introiecția acestuia din urmă să fie posibilă, dar la aceasta se adăuga o rană narcisică profundă: fusese abandonat, era lipsit de valoare. Toate aceste simptome au dispărut destul de repede iar amintirea măștii de ceară nu a apărut decât mai târziu, dar ea ne-a permis să înțelegem că suferința morală trăită în timpul depresiei nu era doar negativă: repetând situații vechi, Aral găsisse în reacția depresivă o plăcere compensatoare al cărei sens în prezentul imediat îi scăpase desigur.

6 / Aceasta ne conduce pentru a termina, la descrierea, luând angoasa drept sistem de referință, a două forme de suferință:

a — Suferința imediată care corespunde la ceea ce Freud numește angoasa automată și care este legată de o situație traumatizantă. Din punct de vedere semiotic, această suferință poate fi în relație cu o situație imediată de supraincercare afectivă astfel că sistemul de filtru de excitații este depășit și conflictele actuale sunt insurmontabile.

Dacă ne întoarcem în istoria subiectului, este probabil ca această suferință să poată fi legată de starea de desperare a sugarului când este de exemplu în situația de abandon sau când este supus unor pulsioni interne insuportabile sau unor dorințe externe traumatizante. Este vorba aici despre o suferință-simptom.

b — Suferința-semnal pe care o putem apropia de semnalul de angoasă așa cum l-a descris Freud începând din 1920 în *Inhibiție, simptom, angoasă*. Suferința îndeplinește în acest caz o funcție diferită. Ea este într-un fel rezolutivă dar atunci când semnalul de angoasă are o funcție de avertizare care îl face pe subiect să evite să se lovească de o situație insurmontabilă nu doar în planul realității dar și ținând cont de corelațiile sale anterioare (îndeplinind deci rolul unui veritabil mecanism de apărare a eului), suferința are o funcție de restructurare. Dacă semnalul de angoasă poate fi dezorganizator, suferința este cel mai adesea un mecanism de vindecare în măsura în care ea îi permite subiectului să regăsească o anumită unitate; a suferi înseamnă a suferi în integralitatea sa, adică a suprima orice fragmentare.

Astfel plecând de la clinică și de la reflecția care decurge din ea putem să înțelegem cum durerea psihică sau corporală, oricare ar fi destinul ei, are loc în corp și totodată în structurile psihice. Mai bine încă, putem să ne gândim că, grație suferinței, regăsim monismul fundamental pe care starea de sănătate îl repune întotdeauna pe al doilea plan, ca și cum dualismul ar apărea ca un mecanism de apărare al subiectului sănătos.

DESPRE ECONOMIE ÎN PSIHO-SOMATICĂ

Corpul mai mult sau mai puțin sănătos sau mai mult sau mai puțin bolnav, are legătură cu economia psihică, fie doar în manifestările în modul cel mai nemijlocit emoționale pe care eul le poate resimți, dar încă și mai mult, înainte chiar de totala diferențiere a instanțelor psihice, am putea spune încă de la primul tipăt al copilului. Totodată apelul la aspectul economic al psihicului nu vine de la sine căci, dintre cele trei puncte de vedere enunțate în metapsihologie ca pivoți necesari pentru a defini procesele mentale, acesta este aspectul care i-a interesat cel mai puțin pe psihanalisti: acesta este motivul pentru care, înainte de a reduce dimensiunea economică la raporturile sale cu psihosomatica, ni se pare necesar să ne oprim puțin asupra primului termen.

La un Congres care s-a ținut la Nisa în 1985, întrebarea pusă era: „De ce analiștii se interesează atât de puțin de punctul de vedere economic?” La aceasta noi am dat un prim răspuns simplu, în puține cuvinte, pentru a dezvolta apoi concepția noastră într-o manieră mai amplă: megalomani și narcisici, noi suntem cu toții consumatori, care fără să socotească niciodată, sunt mână spartă în ceea ce privește pulsiunile și reprezentanții lor. Ca buni bancheri, noi ne preocupăm puțin de cantitatea investită la început, pentru a ne îndrepta atenția înainte de toate asupra circulației acestei sume, asupra fluctuațiilor de curs (adică asupra dinamicii) și asupra locurilor în care este plasată, acțiunile de exemplu (adică asupra topicii). Și apoi cum am putea fi noi adepți ai economiei, noi care, cu o anumită ușurință, avem întotdeauna ultimul cuvânt, chiar când interpretările noastre sunt nesigure și când teoriile noastre se bazează pe îndoială.

De fapt noi suntem pentru noi înșine mult mai aproape de adevărații jucători și de pasionații profunzi și doar în nevroza altora ne putem imagina că ei se bucură doar un pic și că fac dragoste pe jumă-

tate. Cum să ne imaginăm un Narcis care ar interpreta atracția față de el însuși cu economie?

Chiar în practica sa, analistul nu se sustrage acestei reguli și nu este de conceput actul analizei să fie analizat investind pe jumătate sau un sfert; remarcă banală dar care aparține unei legi pe care o cunoaștem bine, legea totul sau nimic, lege care ne aduce mai aproape de subiectul nostru, adică economia pe care o vom privi de altfel îndelung sub aspect general pentru a ne centra apoi asupra a ceea ce este ea când este vorba de corp.

Umorul, vom reveni la el mai târziu, este făcut pentru a exprima ceea ce ne apasă cel mai tare și acesta este fără îndoială motivul pentru care începutul acestui capitol are o anumită nuanță de ironie: trebuie să ne grăbim să rădem de lucrul în cauză pentru a nu fi prinși de altă mișcare pulsională. Căci lăsând la o parte orice glumă defensivă, este adevărat că punctul de vedere economic este cel care ne pune cel mai tare în dificultate și cel pe care noi căutăm întotdeauna să-l evităm, chiar dacă am învățat bine lecția lui Freud, când scrie în *Metapsihologie*: „Nu este lipsit de importanță pentru noi să calificăm cu un nume particular modul de înțelegere care constituie desăvârșirea cercetării psihanalitice. Propun să vorbim de reprezentare metapsihologică atunci când reușim să descriem un proces psihic sub raporturile dinamice, topice și economice. Este previzibil că, la nivelul actual al cunoștințelor noastre, nu vom reuși acest lucru decât în aspecte izolate”. Este dat acolo sfatul de a respecta cele trei părți ale vrăjitoarei, părți egale în ceea ce privește valoarea și interesul lor.

De fapt treimea pe care o reprezintă economia este deseori lăsată de-o parte de Freud însuși și în „Analiză terminabilă și interminabilă” (98) această lipsă este indicată cu caracterizarea următoare: „O cantitate neglijabilă.” După ce a scris că „noi ne ocupăm înainte de toate de modificări calitative și astfel făcând noi neglijăm în general, cel puțin la orice început, factorul cantitativ”, Freud se oprește mai mult timp asupra acestui aspect economic. Tot capitolul este într-adevăr centrat pe „forța constituțională a pulsioniilor” așa cum anunță din primele rânduri, criticând acest cuvânt „constituțional” (sau „congenital”), pentru că în viața normală a subiectului există întăriri cantitative spontane de exemplu pubertatea sau menopauza. Aceste critici

îl determină pe Freud să înlocuiască cele două adjective „constituțional și congenital” prin termenul „actual” precizând „forța actuală a pulsioniilor”.

Lucrurile fiind astfel definite, nevroza apare ca rezultatul unui dezechilibru între forțele eului și forțele pulsioniilor cu următoarele două cazuri tipice:

1) Dacă forțele eului (care înfrânează pulsioniile) slăbesc, datorită surmenajului, bolii sau din alt motiv, instinctele „până atunci în mod fericit reprimite, își fac din nou simțite exigențele și tind prin căi anormale către satisfacții substitutive”;

2) Dacă pulsioniile își cresc forța (pubertate, menopauză) apare același dezechilibru și determină apariția nevrozei. „Atât timp cât pulsioniile rămân slabe, ele le-au putut conține; ele nu mai reușesc când aceste pulsioni sunt întărite.”

Variațiile în economie ar fi deci la originea nevrozelor. Dar în aceeași măsură regăsim, raportat la aceeași origine, motivul anumitor eșecuri ale curei, și Freud scrie astfel: „Factorul cantitativ al instinctului s-a opus la timpul său efectelor de apărare ale eului”, ceea ce a dat starea nevrotică. Ca urmare același factor cantitativ vine să limiteze efectul acestei noi tentative: „Când puterea instinctului este prea mare, eul protejat de analiză nu reușește să își îndeplinească sarcina mai mult decât eul încă slab de dinainte.”

În realitate, în ciuda importanței factorului economic, se menține încă aceeași parcimonie asupra acestui concept pe care îl găsim la Freud și deseori această parte a *Metapsihologiei* (104) este evocată în note din josul paginii. La fel cum în „Doliu și melancolie” o notă face referire la punctul de vedere economic și trimite la un articol de Tausk.

Vedem astfel că se manifestă în textele freudiene o constantă ambiguitate între pe de o parte afirmarea cvasipereptorie a importanței economiei; și în fapt puțină atenție care îi este acordată acestui aspect al metapsihologiei.

Dacă această remarcă este adevărată, nu trebuie să ne lășăm înșelați deoarece aici ca și în altă parte rolul nostru este să decelăm ceea ce este ascuns dincolo de ceea ce este afișat. Noi trebuie să înțelegem

din contră ce ascunde în ea această ambiguitate, ce ascunde această necunoaștere iar cantitatea astfel neglijată devine, ca în orice bună analiză, elementul cel mai important al tabloului clinic deoarece este cel despre care avem tendința să vorbim cel mai puțin.

Aspectul economic este mai bine tratat ca simptom când nu mai este vorba de energia în sine și de cantitatea ei, ci de apărarea care o însoțește: vreau să spun de *reizschutz*, de filtrul de excitații, paravan protector a cărui valoare operatorie nu s-a dezmințit pentru că îl găsim încă din 1895 în Proiect și îl regăsim în „Dincolo de principiul plăcerii”. Accentul este pus aici, ca într-o stare nevrotică, asupra caracteristicilor aparatului protector mai mult decât asupra a ceea ce este protejat astfel; aparatul servește la a apăra subiectul de excitațiile externe când acestea devin prea puternice și protejarea față de prea-plinul excitațiilor interne este deci direct legată de mecanismele de apărare.

Prezența acestui sistem defensiv perfect unit cu aspectul economic face ca problema să se pună deci la un dublu nivel:

- când vorbim de economie, se referă doar la energia internă?
- și dacă energia externă este de asemenea pusă în cauză, cum se face legătura dintre cele două, între ceea ce vine din afară și ceea ce ia naștere dinăuntru?

Întrebare grea dar la care putem răspunde parțial: pentru că să existe trecerea de la o energie la cealaltă, se pune problema „receptorilor” (pentru a relua terminologia de dinainte de 1900) care să fie gata să o primească. Or, în afara cazului nevrozelor experimentale în care cantitatea de excitație depășește normele (nevroza de război, de exemplu) trebuie, pentru ca eul să fie atins de ea, să cunoască deja reprezentarea legată de afectul în cauză. Astfel bloc-notes-ul magic nu devine cu adevărat patogen decât când ceea ce este scris de o mână exterioară corespunde, dacă putem să spunem așa, la ceea ce aștepta ceara de dedesubt.

Să adăugăm că acest filtru de excitații este ajutat, în acțiunea sa defensivă, de un alt mod de apărare cvasispecific și deosebit de eficace în stăvilirea surplusului de excitație: alternarea fazelor de excitabilitate și neexcitabilitate, alternanță care este la baza genezei timpu-

lui, dar aceasta ne trimite la un alt studiu și scopul nostru nu este să ne oprim aici asupra funcționării filtrului de excitații; acest aparat a reținut atenția noastră doar pentru că ni s-a părut a fi un motiv în plus ca să ne punem întrebări asupra importanței a ceea ce el zăgăzuiește, adică energia.

O dată admis faptul că metapsihologia presupune în mod necesar un aspect economic căruia nu ne putem sustrage, o dată acceptat faptul că toate funcțiile, toate mecanismele aparatului mental îi sunt tributare și că faptul că neglijăm să vorbim de el poate fi studiat ca un simptom, este surprinzător să vedem cum Freud jonglează mai târziu cu modul în care evoluează destinul factorului cantitativ. Vom vorbi acum despre avatarurile aspectului economic, așa putea spune „aspectul economic și destinul său” și vom porni pentru a realiza acest lucru de la modul în care Freud descrie acest destin în articolul asupra refulării (în *Metapsihologie*): „Destinul factorului cantitativ al reprezentantului pulsional poate fi triplu, așa cum ne învață o trecere în revizită rapidă a observațiilor făcute de psihanaliză:

- 1) Pulsiunea este în întregime reprimată, astfel că nu regăsim nici o urmă a ei;
- 2) Sau ea se manifestă sub forma unui afect dotat cu o coloratură afectivă oarecare;
- 3) Sau în fine ea este transformată în angoasă.

Aceste două ultime posibilități ne invită să luăm în considerare un nou destin pulsional: transpunerea energiilor psihice a pulsioniilor în afecte și în special în angoasă.”

Ne este oferit astfel un prim destin deosebit de eficace: reprimarea pulsioniilor se face astfel încât nu regăsim nici o urmă, ceea ce, să subliniem în trecere, ar părea curios într-o teorie care are drept model un anumit aspect al fizicii timpului, dominat de principiul că dacă nimic nu se creează, tot la fel nimic nu se pierde.

Și totuși această soluție o reia Jones sub termenul de aphanisis, definit ca dispariția dorinței sexuale, și care devine negativul extrem din punct de vedere economic.

Trebuie spus că acesta este singurul destin care aparține cu adevărat punctului de vedere economic căci, în mod contrar, celelalte două

soluții fac să intervină factori calitativi ca deplasarea afectului sub o altă reprezentare sau bineînțeles transformarea sa în angoasă. Ceea ce, dacă privim mai de aproape, nu vine de la sine. Într-adevăr cum să treci de la o supraincercare energetică, de la o depășire a ceea ce este suportabil fără probleme într-un fel, la o reprezentare paralelă care transformă efectele atacului inițial. Cum să înțelegem transformarea în angoasă a unei prea mari energii la nivelul eului conștient? Cum să privim deplasarea energiei sub o formă diferită, pe alte căi? Chiar dacă experiența cotidiană ne determină să recunoaștem faptul că aceste remarci sunt intemiate, aceasta nu ne face să cunoaștem mai bine mecanismul lor.

Deci să recunoaștem pur și simplu: înțelegem această manifestare energetică, trebuie să o spunem, cu atât mai bine cu cât ea se petrece în actual în sensul în care Freud descria nevrozele actuale, pre-plinul de energie neutilizat sau prost utilizat care se exprimă în altă parte sub forma simptomelor. Dar dincolo de această descriere a căreia consonanță bio-energetică ne stâjenește, să o mărturisim, lucrurile sunt departe de a fi clare.

Toate aceste dificultăți privesc psihanaliza în general și vom aborda acum lucrurile din perspectiva somatizării amintind de altfel faptul că aspectul economic este cel care reglează homeostazia, adică „ceea ce este intern suportabil”, „momentul din care” cantitatea nu mai este neglijabilă, gradientul de suportabilitate situându-se între afectul rămas tăcut sau devenit suportabil grație deplasării, și actul care permite ieșirea în exterior prin descărcarea de protecție.

Joyce Mac Dougall în *Teatrul Eului* (1971) insistă îndelung asupra acestei economii a afectului și asupra diverselor posibilități care ne sunt oferite pentru a o adapta în modul în care ne convine. Din toate soluțiile pe care le are în vedere, ne va reține atenția mai ales una, când ea descrie următoarea stare: „Puternic mișcată de evenimente interne sau externe, eu nu acord deloc atenție la ceea ce simt; din contră, evacuez pe loc toate urmele de înregistrare psihică. Afectele astfel suscitată riscă atunci să fie separate de rolul lor psihic și reduse la pura lor expresie somatică.”

Astfel în fața intensității datorate cantității de energie a momentului, depășind capacitățile de apărare ale eului, singura soluție este ne-

garea oricărei reprezentări. Polul psihic al afectului rămâne „alb” și persistă doar o energie fără suport reprezentativ, pe care o putem considera ca intrarea într-un act corporalizat, adică într-o expresie pur somatică. Trecerea în corp, psihosomatizarea, se face deci nu printr-o conversie, ea îi este chiar opusă deoarece simptomul nu are valoare de simbol, ea devine exprimarea pur corporală a unei cantități de energie care nu a putut să fie evacuată din lipsa reprezentării. Simțim aici cum această absență a figurării și această trecere direct în corp descrisă de Joyce Mac Dougall se apropie de nevroza de comportament și de depresia esențială pe care le descriu Marty și M'Uzan (1961), sau de alexitimia de care vorbește Sifnéos.

Este adevărat că la anumiți pacienți economia afectului merge până la negarea lui: într-o situație insurmontabilă, *reprezentarea este respinsă automat* și afectul, trecând direct în corp, nu este recunoscut ca atare. Corpul bolnav devine atunci o realitate, în afara oricărei fantasmă și oricărei simbolizări posibile; el devine pur act intern, similar, dar în oglindă, ca o trecere la actul extern total fără sens.

În tot acest destin somatic putem spune, parafrazând-o pe Joyce Mac Dougall, că cuvintele lipsesc spre profitul unei economii a afectului, făcându-i pe bolnavi „muți în ceea ce îi privește și surzi în ceea ce-i privește pe ceilalți pe planul exprimării stărilor lor afective și dorințelor lor”.

Asemenea stări, când apar la pacienții aflați în cură, sunt percepute direct în contratransferul nostru prin resimțirea unei oboseli într-un fel ecoul alexitimiei celui alt, dar diferită de ea în sensul că este întotdeauna insoțită, la noi, de o angoasă și de o stare de rău.

Vom adăuga la aceasta o dezvoltare complementară. Alături de acest tablou în care absența oricărei activități metaforice face ca corpul să fie singura expresie posibilă ceea ce are drept corolar o economie a afectului pe plan psihic, putem plasa activitatea mintală care pare cea mai îndepărtată de el: umorul, fenomen în mod esențial mentalizat dar având drept caracteristică, așa cum a arătat Freud în 1928, faptul că determină o economie a afectului. Umorul ca ieșire dintr-o situație puternic angoasantă (să ne amintim de spânzuratul a cărui săptămână începe prost) se prezintă ca o soluție defensivă (a scăpa din această situație); dar în plus, economisirea unui consum

afectiv are un efect benefic: „ea dă naștere la auditoriu la o plăcere umoristică.”

În psihosomatică unde toate cuvintele lipsesc, ca și în umor unde cuvintele sunt în plus, asistăm în cele două cazuri la o economie de afect care exprimă o economisire afectivă și care se traduce în mod contrar în ceea ce privește rezultatul: pe de o parte este muntele care zdrobește corpul, pe de alta este muntele vrăjit în care triumfă megalomania narcisică a unui eu care evită și moartea și nebunia; și chiar mai simplu, nevroza.

A vorbi despre economie înseamnă deci a vorbi de asemenea despre adaptare și nu fără motiv singurul text al lui Freud în titlul căruia este pronunțat cuvântul „economie”, este textul din 1924 despre masochism (98). Să amintim pentru ceea ce ne interesează că Freud reia aici dintr-o dată, înainte de a studia masochismul, raportul dintre pulsuniunea de viață și pulsuniunea de moarte; el reamintește în trecere că legea lui Fechner relativ la tendința către organizare, dirijează la fel de bine procesele psihice ca și pe celelalte. Depresia ia naștere atunci din creșterea cantității de excitație iar plăcerea provine din diminuarea acesteia tensiuni ceea ce duce la principiul Nirvana care are legătură cu un proces de echilibru cantitativ în timp ce plăcerea este într-un fel pur calitativ. În ceea ce privește principiul realității, el îl aduce în discuție doar în mod pasager, de exemplu când este vorba despre punerea temporară în tensiune a neplăcerii.

Este abordată astfel o chestiune esențială, care de altfel nu va clarifica problema, și anume raporturile dintre cantitate și durere sau cantitate și plăcere. Și tot ceea ce Freud răspunde în această privință în acest text, va fi încă marcat de aceeași ambiguitate, și anume că latura agreabilă nu este doar ambiguitate cantitativă ci și calitativă fără să o putem preciza cu adevărat. Astfel că chiar în acest exemplu al unei perversiuni bine precizate, masochismul, limita între cantitate și calitate nu este întotdeauna ușor de trasat: există, scriu Laplanche și Pontalis pe un plan mai general, un aspect în primul rând economic pe care îl îmbracă noțiunile de deplasare și de condensare, astfel că utilizarea însăși a conceptului de economie ne plasează într-o situație dificilă în care, trebuie spus căci nu există aici nici o specificitate, orice expunere a teoriei freudiene ne plasează în mod constant.

Ambiguitatea apare într-adevăr astfel: pe de o parte prinsă în sensul său specific, izolată și în opoziție cu două concepte ale metapsihologiei, economia este ceea ce caracterizează un factor pur cantitativ opunându-se prin aceasta dinamicii care se ocupă de conflictul dintre pulsuni și de mișcarea lor, și topicii care se raportează la locul din aparatul psihic unde se situează toate aceste mecanisme; dar pe de altă parte repartitia nu este așa de simplă și mai ales așa de compartimentată. Astfel se întâmplă în ceea ce privește topica unde, însăși existența acestor două diferențieri aduce zone de umbră asupra limitei dintre părțile conștiente și inconștiente ale celor trei instanțe; astfel se întâmplă în ceea ce privește dinamica ce nu ia în seamă doar jocul forțelor contrare ci și conținutul acestui joc și deplasarea lor; astfel se întâmplă în fine și în special în ceea ce privește economia care, plecând de la o definiție simplă caracterizată înainte de toate de variațiile de intensitate a energiei psihice și de circulația ei, ține seama de asemenea și de repartizarea ei, adică atât de deplasare cât și de condensare.

În realitate incertitudinea la care ajungem are o explicație relativ simplă: într-adevăr teoria analitică, în raport cu materialul sedintelor și cu ceea ce se întâmplă acolo, este precum discursul structural al elaborării secundare în raport cu discursul inconștientului, ceea ce Pierre Luquet (156) a putut descrie astfel ca relația dintre mentalizarea inconștientului, gândirea preconștientului și gândirea verbală a eului conștient. Teoria analitică nu poate fi explicată decât în termeni logici chiar dacă ea este în toate aspectele opusă unei asemenea concepții, fie că este a lui Aristotel sau al lui Hegel. A teoretiza aici, înseamnă, ca și în vis, a elabora un discurs pentru ceilalți, adică fie că vrem sau nu, a face un discurs științific care prin însăși esența lui ar presupune la fel de mult adevăr ca și eroare. Eroare aici (în conștient), adevăr acolo (în inconștient) și *vice versa*.

Un exemplu al acestei dificultăți apare în mod clar când privim energia fie din punctul de vedere al procesului primar fie al procesului secundar la care se raportează. La acest nivel metafora cu fizica este la apogeu, toată lumea știind la ora actuală ce poate da eliberarea subită a unei anumite cantități de energie grație fisionii nucleare; sau, mai modest după cum știm dintotdeauna, că o bucată de cărbune, solid cu o energie de legătură deosebit de mare, eliberează prin ardere

o energie printre ale cărei calități se află și căldura. Problema care rămâne, desigur, este de a ști până la ce punct această descriere a aspectului economic este o metaforă împrumutată din lumea fizică și, în consecință, în ce mod această descriere a economicului este originală.

Problema nu este cu siguranță ușor de rezolvat cât timp terminologia utilizată este identică în cele două cazuri, al fizicii și al metapsihologiei, cât timp determinismul fizic este în sine un întreg satisfăcător și seducător din punct de vedere pulsional. Într-un sens am putea spune că teoria fizică joacă pentru gândirea noastră rolul unui obiect isterizant. În orice caz dovada acestei dificultăți este constantă în toate discuțiile noastre dar un frumos exemplu al acestei greutăți ne este dat de conținutul a două articole ale *Vocabularului* (Energie legată și legătură) în care autorii sunt, prin forța lucrurilor, îndemnați să regăsească în fizică, prin Helmholtz, Rankine și alții, fundamentul circulației energiei.

Căci în cele din urmă ceea ce ni se pare cel mai dificil este să înțelegem pe de o parte din ce este făcută această energie despre care este vorba, pe de altă parte să cunoaștem legile care o guvernează și în special legile de deplasare a ei ca și variațiile pe care aceste deplasări le generează.

Poate că suntem, într-o cercetare astfel condusă care ne duce de la clar la obscur, prea perfecționiști și voi termina mai simplu cu două banalități:

— Prima este că, în afară de constatarea naivă pe care fiecare o poate face în viața cotidiană, nu știm de ce la 100° apa se transformă în vapori.

— A doua este o întoarcere la clinică: ca și la apa în fierbere, nu mai sunt sigur că știu bine de ce unul din pacienții mei exhibiționist de aceeași teapă cu cel descris de Lasségue, simțea crescând în el însuși tensiunea până când în plină zi, chiar la el în birou, îi venea ideea să oprească orice activitate a sa pentru a merge să se posteze într-o grădină publică în scopul de a își arăta membrul cătorva trecătoare pe care le spera naive. Sensul acestui simptom în istoria lui nu are importanță aici, ci doar variațiile energiei sale pulsionale în plan economic: ideea o dată apărută se transformă în proiect, proiectul în demers și demersul în act cu o tensiune din ce în ce mai insuportabilă

până la potolire în momentul ejaculării care urma exhibiției. Tot scenariul și derularea lui implacabilă era în funcție (sau însoțit) de o creștere a intensității pulsionii, de o creștere să spunem a excitației interne pe care nici un filtru de excitație extern sau intern nu o putea potoli. La el cheltuiala era o obligație absolută, energia din ce în ce mai legată de o reprezentare ce urma să se precizeze, îngustându-se din ce în ce mai mult în ceea ce privește scopul, pe măsură ce ținta se apropia, pentru a se elibera de orice fantasmă o dată plăcerea obținută.

Desigur toate acestea au putut fi integrate într-o dinamică destul de elaborată dar privind mai îndeaproape, nimic din întreaga semnificație a acestui simptom nu m-a putut face să înțeleg cu adevărat derularea acestui scenariu, în plan economic se înțelege, în afara faptului de a-l descrie. Nu pot decât să imi spun: „Într-un anumit moment gândirea trece în gest”; așa cum apa se transformă în vapori, într-un anumit moment.

Analistul este cu adevărat cheltuitor? Răspunsul la întrebare ar fi deci că despre acest simptom nu vrem în general să vorbim, căci fără îndoială este singurul act pe care ni-l permite etica în meseria noastră. Și când mecanismul energetic atinge corpul, trebuie să recunoaștem că suntem încă și mai muți.

Pentru a încheia, putem spune că corpul reprezintă, într-o anumită manieră, modul cel mai dinamic de a retrăi traumatismele, atât de evidente sunt aici beneficiile primare și secundare, chiar dacă moartea este unul din finalurile bolii psihosomatice. Actul corporal ca sistem de apărare actual, actul ca singur mijloc de expresie înainte să apară cuvântul, este ceea ce, într-o manieră poate prea schematic eronată, definește unul din sensurile domeniului psihosomatic.

CERCETAREA ÎN PSIHOSONIATICĂ

Ansamblul reflecțiilor pe care tocmai le-am expus ne fac să încercăm să ne apropiem mai mult de modul în care se prezintă cercetarea în psihosomatică, precizând în aceeași măsură sensul pe care îl capătă acest concept sau această „activitate” în domeniul care ne preocupă.

Mult timp am crezut, și mulți sunt încă convingși că cercetarea în psihosomatică ar răspunde practic aceluiași criterii ca și în alte discipline, celor științifice în special. O asemenea concepție, vom vedea, riscă să atragă după sine grave răătăcirii și mai ales concluzii care nu sunt satisfăcătoare decât prin aparența liniștitoare pe care o are întotdeauna știința oricare ar fi genul ei de aplicare.

De fapt cu cât avansăm mai mult în analiză, căci este exact la fel în analiza nevrozelor, psihozelor și a bolilor organice, cu atât ne dăm seama că termenul de cercetare răspunde unor criterii foarte specifice și acest lucru vom încerca să-l arătăm acum.

Mult timp și pentru mulți eroarea era într-adevăr că se credea că același semnificant (cercetarea) avea un sens invariabil și totalmente independent de domeniul său de aplicare. În realitate dacă omul care cercetează poate fi, într-un anume fel definit prin caracteristici relativ specifice, evident nu este la fel în ceea ce privește metodele urmate, instrumentele utilizate și, mai profund încă, sensul pe care cercetătorul însuși îl dă la ceea ce face. Omul nu este bun să investigheze orice și de îndată ce îl trecem în plan pragmatic ne dăm seama că oricare ar fi disciplina, cercetătorul este în mod indisociabil legat de obiectul cercetării sale și de mijloacele pe care le utilizează în acest scop.

În propriul nostru domeniu, spiritul analitic și spiritul științific pot da uneori impresia că se amestecă într-o evoluție armonioasă. Dar și aici este o iluzie de care trebuie să scăpăm și vom încerca să dezvă-

luim aspectele înșelătoare reluând propria noastră experiență în această privință.

Capitolul se va diviza aici în două părți:

— În prima vom vedea cum o boală luată ca exemplu, poate fi studiată într-o manieră care se pretinde științifică cu metode aparent experimentale. Sindromul pe care l-am ales pentru a exemplifica acest tip de demers aparține bolnavilor de căi biliare pe care i-am studiat îndeaproape acum mulți ani.

— În a doua parte mai teoretică, vom vedea problemele puse de acest tip de cercetare în psihosomatică într-un eseu critic care s-ar putea aplica în aceeași măsură psihanalizei în general.

1

Un exemplu de protocol experimental

Exemplul pe care îl vom da este cel pe care ni-l oferă anumite boli ale corpului în care exact experiența în sensul științific al termenului și psihanaliza pot da impresia că se completează: acestea sunt bolile vezicii și căilor biliare, organe cavitate ale tubului digestiv, cunoscute dintotdeauna ca fiind strâns legate de funcțiile afective. Putem spune că acest tip de boală nu a așteptat inventarea vocabularului psihosomatic pentru a face parte din el. Nu este lipsit de fundament faptul că cuvântul melancolie are etimologia pe care o cunoaștem, că sensul popular a dat gâlbănirii o etiologie emoțională (deși nu există decât puține observații convingătoare în acest sens în literatură, spun specialiștii) și în limbajul curent este banală locuțiunea „a-și face sânge rău” (fr. *d'une bile qu-on se fait* — n.tr.).

De la limbajul comun, de la ideile acceptate în care trăim, la concepțe, există o anumită distanță, fecundă de altfel în măsura în care ea permite o muncă științifică. Astfel bolile biliare au căpătat progresiv o recunoaștere specifică cu numeroase scheme clinice și experimentale pe care le vom vedea în detaliu. De la începutul secolului, cercetătorii au pus într-adevăr în evidență relația dintre psihism în sensul larg al termenului și reacțiile arborelui biliar, într-o manieră demonstrativă. Problema s-a precizat mai bine în măsura în care

bolile biliare au fost dezmembrate și în care s-au individualizat aspecte funcționale sau boli organo-funcționale.

O altă noțiune esențială trebuie reamintită în fine: căile biliare fac parte din organele cavitate ale viscerelor anexe ale tubul digestiv; prin acestea ele au o funcție particulară atât în simbolic cât și în imaginea pe care subiectul o construiește pentru propriul său corp.

Pe plan patologic în fine, bolile vezicii au ceva interesant pentru noi: unele dintre ele sunt foarte net organice, altele doar funcționale, altele în fine combină aceste două tipuri de patologii în mod fie simultan, fie consecutiv (o leziune este într-adevăr deseori considerată de către medici drept titularizarea unei atingeri funcționale îndelungate, importante și repetate). Ultimul aspect și nu dintre cele mai puțin importante, în evantaiul nosografic al bolilor responsabile de diverse indispoziții, vezica este foarte adesea și foarte ușor acuzată atât de către medici cât și de către bolnavi de o mulțime de tulburări de care în multe cazuri nu este vinovată.

Deci asupra unui astfel de organ și asupra patologiei sale ne-am aplecat noi vreme de mai mulți ani, latura gastro-enterologică medicală fiind cercetată în paralel de Prof. H. Sarles și colaboratorii săi. Acest studiu a fost condus, la vremea sa, pe plan experimental și pe plan clinic.

I / Pe plan experimental, câțiva autori studiaseră deja aceeași problemă într-o manieră similară. Astfel Grace și Wolf (115) care, observând modificările mucoasei direct prin fistulele colice, au arătat că frica determină hipofuncționarea colică și paloarea mucoasei; anxietatea, teama, conflictele determină leziuni hemoragice.

Alți experimenterii (Langheirich, Wittkower în special) utilizaseră hipnoza examinând variațiile de calitate și de cantitate ale secreției biliare după stimulii sugerați în timpul somnului; astfel dintre cei doi autori fiziologul sugera ingerarea de unt proaspăt sau de supă; analistul supunea subiectul unor stări afective diverse ca bucuria, tristețea, angosta sau furia. Să cităm doar rezultatele aduse de Wittkower care, în serii de mai mult de 20 de experiențe, constată că bucuria, tristețea și anxietatea cresc secreția biliară. Fenomenul se produce aproape de la începutul sugestiei și durată secreției crește de două sau

de șase ori. Din contră, în timpul furiei, secreția de bilă este în întregime inhibată.

Inspirându-ne din aceste diverse tehnici, am condus deci în 1968 un experiment care poate fi rezumat astfel: o tehnică gastro-enterologică aplicată de către specialiști, o tehnică de interviu și un grup de pacienți pe care au fost aplicați.

Astfel deci, pacienții având o sondă intracoledocică ce permitea înregistrarea presiunilor în căile biliare, erau supuși unui interviu care fusese codificat.

Doi experimenterii însărcinați cu acest interviu aveau sarcina de a preciza: istoria bolnavului cu privire la boala sa actuală, antecedentele sale și apoi istoria existenței sale personale cu conflictele posibile. Să observăm că, în anumite cazuri, ordinea lucrurilor era inversată în sensul că nu se termina întotdeauna cu aceleași întrebări, ceea ce putea fi o cauză de eroare în ceea ce privește rezultatul. Trebuie observat de asemenea că bolnavii nu erau pregătiți pentru această intervenție, că nu erau cunoscuți de către medicii veniți să îi chestioneze și că li se spunea doar la începutul experimentului că vor fi chestionați pentru a putea studia funcționarea diferitelor lor aparate. Sfârșitul interviului avea de asemenea o valoare experimentală: derularea experimentului fiind traumatizantă, era util de văzut dacă faptul de a liniști bolnavul avea vrema repercusiune asupra variațiilor obținute anterior.

Trebuie să notăm în plus că condițiile experimentării nu erau atât de perfecte din punct de vedere psihologic, în special experimental a fost făcut deseori într-un anumit zgomot de fond destul de specific spitalelor și contra căruia nu existau mijloace de protecție.

Scopul acestui experiment fiind de a vedea influența anumitor stimuli asupra presiunii coledocice, acești stimuli erau de două feluri:

— unii accidentali, zgomote bruște în camera neizolată fonic, anumite exclamații zgomotoase sau diverse sonerii. Este vorba de stimuli care antrenează în general reacții emoționale și deși nu fuseseră prevăzuți în programul inițial, ei s-au arătat a fi importanți;

— ceilalți, propriu-zis experimentali: în cursul interviului, au fost astfel izolate două situații care puteau fi extrem de stresante ținând cont de boala subiectului și de existența sa; pe de o parte teama paci-

entului de a nu avea o boală gravă și pe de altă parte abordarea problemelor personale, în special afective legate de relațiile familiale.

Vom trece aici peste o întreagă serie de rezultate care ne interesează mai puțin astăzi, pentru a semnală doar că la toți bolnavii noștri, în cursul interviului, s-a manifestat o creștere în mod clar caracteristică a curbei presiunilor. Această hiperpresiune nu a durat decât pe perioada în care au fost evocate temele stresante și tensiunea cobora din nou o dată stresul epuizat.

2 / În paralel cu acest studiu experimental, a fost continuat un studiu clinic asupra unor pacienți asemănători și atunci ni se păruse că în 50 de cazuri puteam diferenția profile psihologice variabile după sindromul prezentat de către subiect.

Astfel la litiiazici rezultatele nu par concordante și, în ansamblu, personalitatea acestor bolnavi este în mică măsură specifică. Cu toate acestea predomină câteva elemente și anume tendința către agresivitate, către o activitate ostilă. Sunt într-adevăr subiecți care trăiesc într-un climat de ostilitate pe care îl întrețin cu plăcere. Istoria lor familială nu arată trăsături dominante; structura personalității lor este variabilă.

La dischinetici, ni se pare că putem defini un profil diferit care se prezintă astfel: nivelul mental în ansamblu este normal, în jurul mediei. La toți bolnavii noștri, comportamentul corespunde următoarelor caracteristici: depresie, tulburări ale somnului, subanxietate, iritabilitate. Trebuie semnalat că aceste simptome preexistau apariției tulburării somatice, nu pot deci fi calificate ca secundare.

Pe plan dinamic, viața acestor bolnavi pare să fi fost marcată de o succesiune de eșecuri în toate domeniile: profesionale, sexuale, familiale. Existența lor este perpetuu chinuită. Ei par să fi colecționat traumatismele afective, trăite intens de fiecare dată. Rareori își manifestă agresivitatea, sunt aproape întotdeauna pasivi, supuși și reșenați. Își acceptă vicisitudinile sortii, așteptând ca circumstanțele exterioare să le schimbe destinul. Aproape toți au fost, din copilărie, dependenți de enturaj sau de o persoană investită cu o anumită valoare; le este necesară o susținere exterioară. Sexualitatea acestor subiecți nu este pe deplin dezvoltată, și mai ales a femeilor care sunt practic

toate frigide. În fine toți acești bolnavi sunt frustrați, frustrați în copilăria lor, frustrați apoi în viață, unde fiecare despărțire este trăită ca o pierdere totală, și a celui alt și a unei părți din sine.

Confliktele actuale nu trebuie subestimate: situație familială dificilă, neînțelegere afectivă, dezordine materială. Una este în luptă cu un soț care o urmărește, o alta își ascunde sarcina de părinte până la nașterea copilului nelegitim, altea îi apar tulburările după căsătoria ratată a fiicei sale etc. La un anumit număr de bolnavi, manifestările biliare au apărut după o tensiune psihică paroxistică.

3/ Pentru a conchide, aceste două tipuri de cercetări se rezumă în modul următor:

Pe plan experimental, poate fi făcută dovada, precisă și lipsită de ambiguitate, a influenței situațiilor psiho-afective asupra funcționării căilor biliare extra-hepatice.

Pe plan clinic, dacă litiiazicii nu par să aibă o structură particulară, putem regăsi la dischinetici trăsături comune de personalitate.

Dar este foarte hazardat să căutăm trăsături specifice unei boli organice iar caracterele pe care le-am pus astfel în evidență sunt superficiale fără a putea în nici un moment să le considerăm originale și proprii acestei patologii.

Acesta este rezumatul textului pe care l-am elaborat acum 20 de ani și care reprezintă încă o accepțiune a ceea ce unii numesc psihsomatică.

În lumina modului în care au evoluat lucrurile această lucrare prezintă acum un anumit număr de elemente foarte discutabile purtând mai întâi asupra căutării unei anumite specificități, ipoteză recunoscută ca iluzorie; purtând apoi asupra inșei forme de cercetare în psihsomatică și acest aspect îl vom avea acum în vedere.

2

Studiu critic asupra cercetării în psihsomatică

Exemplul precedent ne-a arătat deci cum se poate desfășura o cercetare în care psihanaliza corpului era considerată ca obiect științific în sensul obișnuit dat acestui domeniu.

Reflecția ne va conduce acum într-o altă direcție, și anume că, atunci când este vorba de psihanaliză (și aici noi o vom aplica la psihosomatică dar ceea ce vom spune este la fel de adevărat pentru psihanaliză privită din punct de vedere general) cercetarea are deci caracteristici cu totul particulare care țin poate mai mult de exegeză decât de desfășurarea cauzală sau deterministă cu care ne obișnuiește cercetarea științifică.

Însuși termenul de cercetare i-a stânenit întotdeauna pe psihanalisti și fără a intra în detalii un exemplu caricatural al acestui fapt ne este dat de ceea ce s-a întâmplat în 1982, ceea ce am putea rezuma sub titlul *Misiunea Godelier*. Guvernul crease pe atunci o misiune al cărei scop era să ceară societăților de psihanaliză cele mai diverse să își exprime nevoile în privința cercetării. Am văzut atunci înmulțindu-se reuniunile, apărând diverse manifeste al căror conținut era destul de polimorf dar în cele din urmă această misiune a eșuat și motivul acestui eșec rezidă în mod foarte clar în imposibilitatea în care s-au găsit analiștii de a defini pe de o parte ce erau cercetările lor și pe de altă parte, dacă într-adevăr ar fi putut-o face, care erau nevoile lor în acest domeniu.

Am putea remarca și aceasta este cu siguranță adevărat, că nu doar analiștii au asemenea probleme și că nu ar fi neapărat de *bon ton* să-i întrebăm pe oamenii de știință ce definesc sub termenul „cercetare”. Că cercetează aceasta este sigur dar să nu le cerem mai mult și doar filosofii științelor sunt cei care ar putea răspunde la această întrebare.

Atunci desigur în psihanaliză lucrurile sunt mult mai complexe și aceasta pentru numeroase motive dintre care primul, cel fundamental, este că ea funcționează într-un mod pur subiectiv care nu presupune să pornim de la o gândire preconcepțută sau să fie fondat pe logica obișnuită. Psihanaliza se opune prin aceasta oricărui demers materialist, fie că este sau nu dialectic în măsura în care ea nu consideră lumea ca obiect de cercetare independent de eu.

Singura materie, în sensul obiectiv al termenului, asupra căreia lucrăm psihanaliza este cadrul în care ea funcționează, divanul ei, biroul ei, ceea ce este atârnat pe pereți, zgomotele cotidiene ale lumii înconjurătoare. La acest nivel putem într-adevăr avea în vedere un studiu științific al suporturilor materiale ale analizei și cunoaștem de altfel întreaga importanță pe care a căpătat-o noțiunea de cadru în dis-

ciplina noastră. Dar acest din urmă termen nu are, nici aici, sensul care i se acordă în mod obișnuit, în măsura în care el reprezintă atât ceea ce limitează cât și ceea ce este astfel limitat.

Lucrurile care sunt într-un cadru nu sunt în realitate decât într-o situație de stranie inexistență a cărei descriere a fost făcută în mod remarcabil de către Georges Pérec (201) atunci când vorbește despre analiza sa: „Puteam vedea trei pereți, trei sau patru mobile, două sau trei gravuri, câteva cărți. Există o mochetă pe podea, ciubucuri pe plafon, țesătură pe pereți: un decor strict și întotdeauna bine aranjat, aparent neutru, puțin schimbător de la o sedință la alta, de la un an la altul: un loc mort și liniștit.”

Verbul „a cerceta” nu are în final nimic în comun cu tranzitivul său (și în plus) în domeniul nostru un anumit număr de caracteristici îl definesc într-un mod care pare foarte specific.

1 / Primul aspect particular este legat de plăcerea de a funcționa, ceea ce într-o manieră vulgară se poate exprima astfel: cercetătorul cercetează cu (sau de) plăcere.

Aceasta este adevărat, ni se va spune, în toate tipurile de cercetare și fie că este vorba de căutarea aurului, de rezolvarea unor ecuații dificile, de căutarea cauzelor mișcărilor stelelor, vedem cu dificultate cum poate fi vorba de cercetare într-unul din aceste domenii fără ca cercetătorul să aibă vreo plăcere să o facă.

Dar în psihanaliză cercetarea are ceva particular: plăcerea nu doar face parte din cercetare ci este analizată ca atare în procesul analitic care o susține. Deși omul de știință se mulțumește să recunoască că are plăcere să funcționeze, ține de natura analistului să se întrebe de ce este astfel și la ce răspunde această plăcere în situația de muncă în care se găsește. A se interoga asupra plăcerii (sau neplăcerii) care există în relația cu celălalt face parte din obiectul însuși al cercetării și noi nu cunoaștem un alt domeniu care să fie comparabil din acest punct de vedere.

2 / Al doilea aspect are legătură cu fuziunea intimă și discontinuă totodată care există în analiză între obiect și subiect.

O asemenea remarcă pare să facă analiza să intre într-un cadru filosofic pur idealist; dar analiza nu este o filosofie în sensul că ea nu

se reduce la o constatare a naturii lumii și lucrurilor pe care le conține ci ea este în aceeași măsură definită de acțiunea sa: și aici „noi”-ul care constituie cadrul analizei nu devine analitic decât în măsura în care este la rândul său subiect de interogație.

Pe de altă parte putem avansa faptul că oamenii de știință ei înșiși au înțeles impactul celui care privește asupra lucrului privit, să spunem mai bine al experimentatorului asupra obiectului experimentului său și de care trebuie să se țină cont. Ce au făcut ei în realitate cu acest fapt? Unii, rari, i-au conservat întreaga importanță și specialiștii în relativitate ar trebui să ne învețe despre acest lucru. Dar, pentru cea mai mare parte efortul a fost îndreptat asupra necesității de a izola cât mai mult posibil rolul experimentatorului în experiență în scopul de a obține maximum de obiectivitate.

Am cunoscut astfel un celebru psiholog experimentalist care își pregătise experimentele asupra învățării la porumbel într-o asemenea manieră încât omul să fie totalmente exclus: animalele lucrau noaptea, în cuștii, complet izolate de lumea exterioară. Savantul nostru uitase pur și simplu că nu porumbelul însuși era cel care construise programul la care era supus și în plus că nu el era cel care despuia înregistrările poligrafice care apăruseră în condițiile cele mai ideale de obiectivitate. Un alt coleg mă făcea să remarc într-o zi că pentru o lege importantă ca cea a gravitației și a atracției universale, legătura dintre măr și Newton nu a fost decât un accident pasager; că din contră putem spune că Freud și Dora se cunoscuseră dintotdeauna pentru a descoperi și descrie isteria.

3 / Trebuie de asemenea să ținem seamă de faptul următor, și anume că, în funcționarea sa, investirea analistului este totală și constantă; cea a omului de știință este intermitentă și parțială. Aceasta evident nu înseamnă că analistul, precum mistricul, ar fi în orice moment din nopțile și zilele sale gata să se întrebe asupra motivului gândurilor și actelor sale; nici că nu sunt analiști decât cei care fac analiză în orice moment. Analistul poate face orice, și să o facă la fel de bine sau la fel de rău ca toată lumea. Dar specificul său este de a putea, dacă îi convine, să reflecteze asupra a orice altceva și să integreze acest altceva în concepția sa analitică despre lucruri și despre lume. Pe scurt, analistul este condamnat să nu aibă o dublă activitate.

Din contră, oamenii de știință ne dau foarte adesea exemplul de a fi, în laboratoarele lor, materialişti absolut convingiși, mai realiști în gândurile lor decât cei mai impetuoși dintre partizani, chiar dacă o dată ieșiți din laboratoarele lor, ei se pot alătura oricărei ortodoxii fie ea cea mai spiritualistă.

4 / În fine, și acest ultim aspect nu este un detaliu, cercetarea în analiză nu implică nici un scop exterior și nu presupune nici un scop politic. Pe tărâmul străin care de fapt este adevăratul lor tărâm, analizantul și analizatul nu au în aspectul social decât un suport fantasmatic și totalmente lipsit de legătură cu vreun materialism istoric.

Oamenii de știință sunt în partea opusă, oricare ar fi poziția lor personală: în cercetarea științifică există un amestec constant al politicii, fie că este pentru obținerea unui buget (condiție necesară pentru calitatea experimentului) sau că este pentru utilizarea secundară a rezultatelor obținute. Ar fi prea facil să amintim aici utilizarea în scopuri militare a tuturor cercetărilor spațiale și atomice.

Desigur, s-a putut încerca în anumite cazuri să se utilizeze psihanaliza ca metodă sau ca poziție fundamentală în scopuri politice. Criticile marxiste ale lui Politzer, mai precis criticile apărute exact după război în *Pensée* sub direcția lui Laffite, au arătat că, de exemplu, un concept ca frustrarea putea fi utilizat în manieră politică negativă (revendicările tinzând deci întotdeauna să se explice prin motive interne și nu prin motive sociale). Aceste critici par a nu fi decât o chestiune de epocă și în orice caz în prezent există un întreg curent marxist care încearcă să recunoască psihanalizei bunul său fundament.

Pentru a încheia aceste aspecte fundamentale aş spune că ceea ce caracterizează cercetarea în psihanaliză este că „a cerceta” înseamnă înainte de toate (și poate numai) a elucida relația transfer–contra-transfer. Adică a înțelege ceea ce se întâmplă într-un domeniu în care subiectul și obiectul nu mai sunt separate ci sunt împreună și a elucida locul comun al fantasmelor lor. Putem spune cu alte cuvinte că în psihanaliză obiectul cercetării este conținut în cercetător.

Plecând de la aceste remarci se pare că putem defini ce înseamnă „a cerceta” în psihanaliză, ca de altfel în psihosomatică, prin trei as-

pecte care rămân legate dar pe care le vom separa pentru claritatea expunerii noastre.

1 / Un prim sens al cercetării este constituit de cazul în care este vorba înainte de toate despre o cercetare asupra psihanalizei, vrând să precizăm prin aceasta că ea poartă asupra psihanalizei considerată ca un obiect. Psihanaliza intrând în domeniul social, ea a devenit un corpus constituit din concepte, autori, societăți, evoluții și cercetarea se poate deci exercita în privința ei așa cum o face în toate domeniile de care se interesează. Regăsim aici aceeași atitudine generală a savantului *vis-à-vis* de obiectul cunoașterii sale, fie că este vorba despre astronomie, botanică, sau de orice alt lucru.

Vedem astfel înmulțindu-se lucrările asupra istoriei psihanalizei, asupra cutăruia sau cutăruia dintre primii discipoli ai lui Freud, asupra vieții și condițiilor sociale din Viena la începutul secolului, asupra grupurilor de analiști și evoluției lor: lectura tuturor acestor lucrări ne face să înțelegem bine că este vorba aici despre încercări deseori foarte bine făcute dar rămânând deseori exterioare adevăratei probleme a analizei. De altfel cei care scriu în această manieră nu sunt întotdeauna analiști deși se pretind a fi, ceea ce de altfel nu are mare importanță. Unul dintre cele mai bune exemple ne este oferit de autobiografia lui Schnitzler, nu ca autobiografie a acestui autor al cărei scop nu este de a vorbi de Freud, ci în ceea ce privește lucrările criticilor care plecând de la acest jurnal au extras ceea ce li s-a părut să clarifice opera lui Freud.

Chiar dacă noi am cunoaște limitele acestui tip de cercetare a căruia esență este într-un anumit fel comportamentală, trebuie să luăm aceste texte drept ceea ce sunt: obiecte exterioare analizei pe care, într-un al doilea timp, analistul le va putea integra în propria sa cercetare.

2/ Al doilea sens al termenului „cercetare” în psihanaliză îl rezervăm pentru ceea ce putem numi exegeza textelor fundamentale.

Este vorba aici de o lucrare esențială în ochii noștri în care se amestecă în mod indisociabil învățământul, cercetarea și practica, cu condiția de a păstra termenului de exegeza sensul său cel mai profund: citirea și recitirea de mai multe ori repetate de către diverși autori a unui text freudian care trimite la alte texte, sensul putând să va-

rieze după momentele și după practica exegetului; dar aceste sensuri însele chiar dacă sunt contradictorii în cele din urmă se completează unele pe altele.

Exemplul ne este dat în fiecare zi de seminariile practice în institutele de psihanaliză: sunt aproape 100 de ani de când a fost scrisă istoria Dorei și este aproape tot atâta timp de când, în fiecare an, analiști se apleacă asupra acestui text. De fiecare dată, această recitare antrenează numeroase reflecții.

Exegeza este aici cu totul talmudică: un autor a spus aceasta despre cutare text, un alt autor a spus altceva, cutare paragraf se apropie de un altul anume, ceea ce ne face să ne gândim la cutare concept fără ca aceasta să fie o concluzie ci întotdeauna o deschidere. Trebuie de altfel făcută o întreagă lucrare care să compare diversele moduri de interpretare talmudică și interpretarea psihanalitică: de la semnul lipit de semnificat până la simbolul pur, trecând prin alegorie de exemplu.

3 / În fine „a cerceta” se raportează aici la un al treilea sens: continuitatea analizei personale și practica analizei. Cercetarea se situează aici în menținerea înțelegerii a ceea ce se întâmplă în relația transfer–contratransfer. Remarcă al cărei exemplu desăvârșit se găsește în *Tulburarea amintirii pe Acropole* scrisă când Freud avea 77 de ani în legătură cu un eveniment care se petrecuse cu aproximativ 40 de ani mai înainte.

Pentru a încheia, aceste trei elemente reunite reprezintă pentru noi ceea ce înseamnă cuvântul a cerceta în analiză: A cerceta, verb care sub aspectul său infinit, îl pune pe analist într-o dublă imagine reunită, aceea a lui Moise și aceea a lui Leonardo da Vinci, acelea ale căror două reprezentări ni le-a dat Freud.

Putem aici să aducem foarte rapid acestor două părți precedente o concluzie de ansamblu în care ceea ce a fost spus în legătură cu prima parte ar putea fi reluat în manieră schematică prin a doua.

Astfel, ținând cont de ceea ce tocmai am descris ca definind sensul cercetării în psihosomatică, experimentul pe care l-am descris la începutul acestui capitol și care a fost, să o amintim, realizat acum 20 de ani, generează următoarele remarci:

— În cursul pornirii experienței, legătura dintre doctor și bolnav, noțiunea de transfer sau pur și simplu investirea experimentatorului nu au fost luate în considerare. Pacientul a fost tratat ca un obiect fără a se ține seama de ceea ce îi lega pe pacient și pe analist.

— Experimentul a pus în evidență influența stimulilor emoționali asupra funcționării vezicii, ceea ce se știa deja. Să spunem pur și simplu că experimentul a adus o dovadă indiscutabilă, „științifică” a acestor fenomene dar nimic mai mult.

— Privind mai îndeaproape această cercetare, putem spune că un asemenea experiment ne învață poate ceva despre emoție, dar nimic precis despre boală în ansamblul ei.

— Aspectul clinic este prea superficial pentru a da vreo valoare rezultatelor obținute, prea superficial în sensul unui interviu condus într-un anumit scop: asemenea interviuri conduc iremediabil la fișe de observație și la limită la calculatorul care suprimă orice relație.

— Înseamnă aceasta că toate aceste cercetări sunt negative? Nu, fără îndoială căci ele permit totuși un anumit tip de progres care rămâne de definit; ele ne dau un aspect din domeniul ale cărui limite trebuie cunoscute; ele sunt în fine susceptibile de a fi ameliorate dacă ținem cont de ceea ce ne învață o reflectare mai profundă asupra sensului cercetării în psihosomatică așa cum am dezvoltat-o în partea a doua.

NOSOGRAFIA

De la simptom la fantasmă în vederea unei clasificări

Cadrul nosografic este unul din primele ce trebuie pus în cauză într-un studiu asupra avatarurilor corporale, într-atât știința medicală ne-a silit să facem din el un uzaj absolut. Învățarea medicinei obligă într-adevăr să integrăm un corpus de reguli, doar în aparență științifice și a căror osatură este făcută din boli cu definiția lor pe cât posibil completă; medicina ne pune condiția unei clasificări a cărei comoditate practică nu este evident pusă în discuție dar de care analiza nu poate să țină cont (decât cu riscul erorii) decât într-un grad foarte secundar. Putem adăuga la acestea că o asemenea clasificare variază după modă, epocă și cultură: după Foucault, este foarte ușor să arătăm că referenții care au valoare în alte civilizații au tot atâtea adevăr chiar practic ca cei la care face apel cultura noastră occidentală.

Dar în psihianaliză, și aceasta este o banalitate, lucrurile merg încă mai departe pentru că corpul la care se referă ea este orientat în evoluția sa la fel de bine ca în imediatul său, în jurul zonelor erogene: ținând cont de acest fapt, devine atunci cu totul imposibil dacă nu incoerent să acordăm, în domeniul nostru, o valoare nosografiei pe care o învățăm în medicină, cel puțin să-i precizăm punctele de joncțiune. În plus putem crede că titlul unei boli oarecare, ceea ce se enunță de exemplu ca ulcer sau infarct, poate la rândul său să se pună în slujba ideilor, reprezentanților sau imaginilor pe care pulsuniunile și destinul lor le vehiculează.

Niciodată nu vom aminti îndeajuns că clasificarea nosografică a patologiei are o funcție pur medicală, ea este făcută pentru ca, în domeniul medicinei observațiile să fie comparate într-un discurs rezervat unei anumite clase profesionale. Astfel o boală este definită prin simptomele sale, etiologia sa, patogenia și fundamentele sale anatomo-

mo-clinice; spunem de exemplu că febra tifoidă este o boală caracterizată din punct de vedere clinic prin cutare semne, din punct de vedere anatomic prin cutare leziuni, din punct de vedere serologic prin cutare reacție și una dintre cauzele ei este un bacil precis; sau că tabesul este o meningoencefalită sifilitică ce se manifestă prin areflexie, semne pupilare și crize gastrice. Dar este vorba aici despre o clasificare stabilită într-o perspectivă științifică și am putea avea în vedere alte table de materii, căci nu numai bolile s-au schimbat dar nici concepțiile în privința lor nu mai sunt aceleași; fără a pune la socoteală că există atitudini medicale bazate pe criterii cu totul diferite, ca homeopatia.

Din toate acestea, din toată această clasificare, corpul, așa cum este el integrat de către subiect, nu are ce face căci pentru eu corpul este un corp care tipă, suferă, care sângerează, care se bucură și singurele zone pe care le cunoaște psihicul sunt zonele erogene.

Am putea lua drept comparație, dar ea nu este decât analogică, clasificările botanice despre care este foarte evident că nu au nimic natural și că se opun clasificărilor subiective comune. Vedem într-adevăr cu dificultate, dacă nu suntem specialiști, cum dicotiledonatele se deosebesc de monocotiledonate, dar din contră vedem cu ușurință cum, în climaturi și soluri asemănătoare, se prezintă aceleași asocieri vegetale. Și pentru omul care, în realitatea sa, este creatorul cotidian a ceea ce îl înconjoară, culoarea florilor, formele lor, calitățile pe care li le atribuim ca și proverbelor pe care li le acordăm, toate aceste caracteristici sunt mult mai adevărate în calitate de criteriu de clasificare decât *lineomania* botanistului.

Pacientul în analiză ne oferă secretele corpului său dar prin aceasta nu ne învață desigur medicina; niciodată un analist, oricare ar fi numărul analizanților pe care i-a urmărit, nu va fi capabil, plecând de la informațiile pe care le-a putut primi, să cunoască ceea ce ne învață medicina și este interesent de remarcat că anumiți analiști au uitat în această privință că plângerea unui bolnav nu este în general că are cutare sau cutare boală, ci că simte cutare sau cutare indispoziție sau să ne facă să înțelegem cutare sau cutare durere. De altfel chiar când pacientul este atins de o boală foarte precisă, enunțarea ei nu are decât o legătură foarte îndepărtată cu realitatea medicală. Domeniul

psihosomatic se situează aici între cuvintele bolnavului și ceea ce reprezintă boala evocată în aceste cuvinte în învățământul medical.

Aceasta ne obligă să ne punem aici o întrebare care ne-a reținut atenția de la începutul cercetărilor noastre și anume: pacientul exprimându-și corpul prin simptome, acest termen de simptom are același sens în medicină și în psihosomatică, chiar în psihanaliză?

Trebuie mai întâi să arătăm că simptomul medical se apropie de fapt de „semn”, nedepășindu-l decât când intră într-o istorie; el rămâne foarte aproape de semnal și prima funcție a medicului practician ar consta în a-l extrage dintre diversele plângeri ale pacientului, apoi a-l integra în propriile sale valori științifice; semnul în medicină devine simptom când capătă o anumită semnificație dar aceasta rămâne întotdeauna în planul nosografic.

În realitate este necesar să ne întoarcem mai în urmă și să precizăm definiția clasică a tuturor acestor termeni:

a — Simptomul, prin însăși etimologia sa, are doi referenți care înseamnă: a cădea împreună, a apărea în același timp. Ceea ce ne aduce la traducerea franțuzească: „a coincide”, în care, în ceea ce privește rădăcina latină, regăsim aceleași origini (*cum et cadere*).

Plecând de la această etimologie, întoarcerea la dicționare este interesantă pentru că ne permite să aprofundăm sensul indicat. Astfel *Littre* definește simptomul în sensul larg al termenului, dar rămânând în planul medical ca un fenomen insolit în constituția materială a organelor sau în funcții, care este legat de existența unei boli, și care poate fi constatat în timpul vieții bolnavilor. Prin extensie, sensul simptomului depășește domeniul medical și capătă semnificația de figură, indice, mesaj.

În *Larousse* definiția presupune următoarele caracteristici: „Simptomul este un fenomen care traduce stările morbide și care este legat de tulburările funcționale sau lezionale care îl determină: diagnosticul este bazat pe cunoașterea simptomelor.”

Enciclopedia în fine este mai precisă în maniera în care ea determină simptomul, mai metodică și de asemenea mai calificativă. Ea permite să distingem simptomele obiective și cele subiective. Primele pot fi percepute imediat sau cu ajutorul procedeeleor clinice sau teh-

nice de către medic. Unele sunt simptome generale legate de reacția generală a subiectului față de boală: febră, accelerarea pulsului, depresie etc. Altele sunt simptome (sau semne fizice) culese de către medic în cursul examinării. În fine anumite simptome funcționale pot fi obiective, ca dispneea, polipneea etc. Simptomele subiective sunt percepute doar de către bolnav; ele sunt în cea mai mare parte a timpului funcționale, adică legate de tulburări de funcționare a organului bolnav și se prezintă sub forma durerilor, tulburărilor sensibilității sau tulburărilor senzoriale, ca dureri de cap, țiuitul urechilor, de exemplu.

Mai distingem încă simptome directe, produse de leziunea sau tulburarea funcțională în cauză, și simptome indirecte care nu derivă decât în mod secundar din această leziune sau din această tulburare funcțională; astfel anumite afecțiuni ale pielii pot fi simptome indirecte ale unei boli de ficat.

În fine, numim simptom patognomonic simptomul a cărui existență singură este suficientă pentru a pune un diagnostic.

b — Există, și aceasta prezintă importanță pentru noi, o diferență între simptom și semn chiar dacă această diferență tinde uneori să dispară pentru a ajunge la o confundare a două sensuri.

Să ne întoarcem și aici la dicționarele noastre în care vedem că, în *Littre* definiția semnului este în mod clar mai largă decât cea a simptomului, că el se întinde în numeroase domenii, ca științele naturale, pentru a semnifica figuri sau caracteristici particulare (termen de marină, marcă distinctivă, indice al unui lucru...). În domeniul medical, semnul nu numai că este echivalent cu simptomul dar îl depășește pe acesta în utilizare în sensul următor: „Orice fenomen aparent, orice simptom și orice dispoziție sau caracteristică prin care ajungem la cunoașterea efectelor mai ascunse ce scapă recunoașterii directe a sensurilor. Distingem trei tipuri de semne în boală: diagnosticele, comutative și pronosticurile.”

Pentru *Enciclopedia*, semnul, în sensul cel mai general al cuvântului, este un fenomen sensibil destinat să exprime un alt fenomen care nu este vizibil în prezent sau chiar care nu poate fi niciodată; de exemplu fumul pe care îl văd este semnul unui foc pe care nu îl văd.

Semnul, spre deosebire de semn al care se adresează reflexului, presupune o inteligență care să-l interpreteze și care să stabilească raportul între faptul perceput și un altul care nu este, într-un cuvânt, care „induce”.

Prin această interpretare, depășim aspectul descriptiv determinat în cealaltă definiție. Spunem: este un semn a ceva și căutăm unde este acest ceva. Așa cum în practica medicală, semnul bolii presupune căutarea acestei boli. Spre deosebire de simptom, semnul este marca convențională a altceva. Simptomul poartă în el însuși sensul a ceea ce el ar putea semnifica. Așa cum spune *Littre*: „Semnul este o concluzie pe care spiritul o trage din simptomele observate. Semnul ține mai mult de judecată iar simptomul de sens.” De exemplu, un icter este un simptom care poartă în sine sensul bolii icterice, și o durere gastrică traduce un fenomen care provoacă în organism starea bolnavului. Dacă vedem lucrurile în esență, simptomul, într-un anumit sens este echivalent cu boala pe când semnul nu va fi interpretat și nu-și va căpăta valoarea decât în funcție de judecata care îl însoțește. De exemplu, un suflu sistolic este un semn, dar acest semn nu traduce o stare patologică decât în funcție de judecată; ar putea fi un suflu sistolic nimit inocent, așa cum ar putea fi un suflu organic care confirmă îngustarea mitrală.

În concluzie putem spune că:

- un simptom traduce o stare patologică;
- un semn este un atribut al unei stări patologice și de fapt cele două sensuri se pot întâlni la nivelul bolii.

Astfel că diferența dintre simptom și semn este o diferență de uzaj și de sens totodată:

- simptomul este echivalent cu boala, este imposibil să studiem simptomul fără să studiem boala;
- din contră, semnul nu este specific, nici echivalent cu boala, în afara uzajului și sensului atribuit. El devine simptom când este atribuit unui proces patologic. El se separă de simptom (boală) pentru a întâlni starea normală (procesul): spunem semn de vindecare și nu simptom de vindecare.

Să adăugăm un cuvânt despre semnal, deoarece acest termen este de asemenea utilizat în medicină. Semnal de alarmă de exemplu, hemoptizia care este un semnal la nivelul bolnavului care se grăbește la medic: dar o dată exprimat limbajul bolnavului: „scuip sânge”, se trece la limbajul medicului și acest semnal devine un simptom: „este vorba de o hemoptizie”.

În fine, dacă simptomul este echivalentul bolii, semnul și semnalul nu vor fi decât ca urmare a atribuirii unui sens procesului patologic.

Astfel noi percepem în toate aceste definiții o serie de elemente contradictorii și suntem conduși într-un domeniu mult prea extins decât cel care ar putea părea a încerca să redefină simptomul în medicină, în psihosomatică și foarte rapid, în psihiatrie.

c — Simptomul în medicina generală. — Definiția simptomului în medicina generală pare să vină de la sine. Ne-am pus întrebarea și pentru a ne informa mai bine am pus-o într-un grup de studiu unor medici generaliști. Întrebarea noastră i-a surprins. Pe ansamblu, răspunsul lor a fost următorul: „Vorbim de simptome în mod curent, dar niciodată nu-am întrebat, înainte ca tu să ne întrebi, ce vrem să spunem prin aceasta.” Totuși putem remarca că toate studiile medicale se fac prin intermediul unei formări semiologice; astfel externatul era un concurs fondat doar pe cunoașterea simptomelor (tusea, junghiul, hemoragiile digestive). Toată învățătura medicinei se face pe baza achiziției progresive a unui tip de automatism care se poate caracteriza astfel: un tip de algebră în care simptomele importante sunt subliniate de trei ori cu roșu, cele mai puțin importante de două ori și cele cel mai puțin valabile o singură dată. Ajungem la o ecuație ce permite apoi să se ajungă la un diagnostic. Aceasta este adevărat atât la nivelul studentului cât și la nivelul celui care, trecut la stadiul de profesor, îi învață pe alți studenți. Exemplul oferit de unul dintre confrății noștri, care ni se pare a defini perfect metodologia medicală, este următorul: dacă găsim la un bolnav o reflexie pupilară, o areflexie rotuliană și o durere în gambe, spun: trei semne la pălărie, acestea sunt, este tabes. Și așa cum remarcă confratele nostru, inteligența nu este pusă în joc.

I-am întrebat pe acești confrăți, ținând cont de ceea ce am expus mai sus, prin ce fac ei diferența între un semn și un simptom, amintindu-le că cutare întrebare de concurs sau cutare curs sau cutare articol dintr-un tratat de medicină era trecut „Semne ale tabesului” mai degrabă decât „Simptome ale tabesului” de exemplu, sau „Semne ale insuficienței ventriculare” sau orice altceva. Răspunsurile au făcut să apară diferența dintre semn și simptom din punctul de vedere al metodologiei medicale și nu din punct de vedere lingvistic, semnul nefiind neapărat din domeniul patologiei. Astfel că, așa cum am spus, vorbim de „semne de ameliorare”; invers, dacă titlul este „Semne ale cutărei boli” se enumeră „simptomele” în măsura în care se intră într-un istoric.

Simptomul are un înainte și un după; el poate fi privit, mult mai mult decât semnul, într-o manieră diacronică și totodată sincronică.

Medicii noștri, lăsându-se în voia discuției, ne-au amintit (sau învățat) încă multe alte lucruri, care ne lămuresc din nou despre valoarea simptomului. Astfel, în ciuda etimologiei sale, simptomul este extrem de variabil în valoarea sa. Există simptome privilegiate (dublarea celui de-al doilea zgomot înseamnă stenoza mitrală și nu altceva). Există o ierarhie a simptomelor dar munca de sinteză care prezidează această ierarhizare este făcută cu un empirism considerabil. Primul simptom care apare are, și el, o anumită pregnanță în raport cu altele, ceea ce constituie dificultatea diagnosticării. Modulurile în care bolnavul este abordat fac ca anumite simptome să pară dominante dar nu sunt decât pentru medicul implicat. Dacă, de exemplu, avem obiceiul să începem prin examinarea sistemului nervos, este foarte sigur că simptomele celorlalte aparate vor trece pe al doilea plan.

Diferența dintre semn și simptom poate fi și mai bine înțeleasă dacă privim diversele operații prin care se trece de la unul la celălalt. Există pe scurt trei operații: în primul rând, extragerea semnului, adică izolarea lui în context; în al doilea rând, manipularea acestui semn, adică toate operațiile logice pe care le putem face în privința lui; în fine, ultima operație, semantica, adică cercetarea sensului acestui semn, a semnificației sale; în această ultimă operație semnul devine simptom. Ca exemplu, semnul lui Babinski nu rămâne semn decât în măsura în care, dacă închidem ochii, ne imaginăm, un fel de pictură figurativă, un mare deget mare de la picior care se îndreaptă

sub fricțiunea plantară, dar dacă ne punem în poziția de neurolog față de bolnav, acest semn, care necesită înainte de a fi pus în valoare, un înainte, o serie de pregătiri, provoacă un după, adică o întreagă rețea de semnificații foarte precisă; devine deci un simptom.

Un alt mod de a privi lucrurile este, în fine, de a vedea sensul pe care îl poate îmbrăca acest simptom în funcție de cel care îl înțelege. Să luăm exemplul unei hiperglicemii. Pentru secretara laboratorului care bate rezultatul la mașină, este un simplu semnal. Pentru biologul care examinează acest rezultat este un semn. Pentru medic, în fine, este un simptom, în momentul în care acest semn intră într-o rețea de semnificații.

d — În psihanaliză simptomul a fost centrul de interes al analiștilor încă de la începutul cercetărilor lor, dar dacă ar trebui să facem un studiu în această privință, ar trebui ca întreaga expunere a teoriei psihanalitice să își găsească loc aici. De asemenea nu ne vom întinde mai mult, să spunem doar că criteriile nu mai sunt aceleași și că sensul la care se face referință nu mai aparține aici logicii ci inconștientului.

Așa cum scrie Freud (102) „simptomul este indicele procesului morbid..., semnul unei pulsioni instinctuale și nesatisfăcute, substitutul satisfacerii sale adecvate.” Originalitatea simptomului este aici de a fi o satisfacere erotică și totodată expresia unui mecanism de apărare și un semnal protector.

Or, când corpul pacientului în analiză este afectat, fie că boala apare în timpul curei sau că o motivează, asistăm la trecerea de la primul tip de simptom la al doilea: indispoziția capătă o valoare relațională și trecem astfel de la un corp pur organic (despre care la limită putem spune că este o perspectivă a spiritului) la corpul erotizat care formează suportul real al psihopatologiei noastre cotidiene.

Cât despre simptomul psihosomatic au fost propuse timp îndelungat mai multe poziții foarte diferite în privința sa. Vom aminti dintre acestea două poziții esențiale, chiar dacă ele nu au decât valoare istorică fiindcă marchează o întreagă perioadă a mișcării psihosomatice în prezent depășită dar care permit să înțelegem modul în care po-

zițiile au putut evolua din 1963 de la un Congres al Psihanaliștilor de Limbă Latină în care au fost precizate.

1

Simptomul psihosomatic are un sens, ca și simptomul nevrotic

Este poziția apărută pe atunci de către mulți, al cărei reprezentant oficial putea fi Garma (109) când scria: „Simptomele organice, exact ca și cele psihice, capătă în mod gradual semnificații care le integrează în restul personalității.” Ceea ce înseamnă că, pentru Garma, în interiorul unei teorii kleinienne, nu există strict nici o diferență în dinamica unui simptom psihosomatic. Acesta din urmă are caracteristici pe care le putem bine preciza; există mai întâi o semnificație întotdeauna psihoafectivă, există o specificitate, adică fiecare simptom intră într-o structură care îi este proprie și, în consecință, fiecare boală are o determinare pur psihică. În fine, din punct de vedere dinamic, simptomul psihosomatic este o manifestare datorată unor mecanisme de regresie și de fixație în care refularea joacă un rol. În jurul castrării lucrurile au loc foarte devreme în viața subiectului.

Garma nu era bineînțeles singurul care apăra această teorie pe care o regăseam cu exemple poate mai demonstrative și la Mărita Sperling, în special în observațiile subiecților cu rectocolită hemoragică.

Răspunzând în avans uneia dintre posibilele critici care ar fi putut fi făcute teoriei sale, Garma scria: „Dacă această specificitate a simptomului psihosomatic nu este întotdeauna manifestă, este pentru că investigația psihanalitică a simptomelor organice se face mai superficial, ca și cum ar exista o teamă de a pătrunde mai adânc, sau ca și cum s-ar crede că este posibil să ajungem la concluzii fără nici un fel de eforturi corespunzătoare.”

2

Simptomul psihosomatic nu are sens

Este teoria mult timp apărută de Marty, Fain, M'Uzan și David (161). Și tot în cursul aceleiași Congres al Psihanaliștilor de Limbă

Latină din 1963, concepția acestor autori (desigur și pentru că ea se exprimă aici ca reacție la expunerea lui Garma) capătă caracterul său cel mai definit.

Aceasta este poziția lui M'Uzan care scria pe atunci: „Simptomul psihosomatic este stupid, este legat de o veritabilă carență a activităților de reprezentare; ceea ce el traduce este mai puțin o valoare simbolică cât o lipsă a mijloacelor de simbolizare.”

La acea dată, acești autori caracterizează astfel boala psihosomatică și, plecând de aici, simptomul care îi aparține, prin următoarele elemente:

— Există la acești subiecți o absență a vieții fantasmatic; funcțiile imaginare ale acestor bolnavi nu există, sau tind să se reducă; fantasmele sunt din contră construite pentru a fi puse la dispoziția bolnavului și în acest mod de altfel Școala lui Marty ajunge să conceapă o evoluție a bolnavului psihosomatic.

— Există de asemenea o sărăcie a transferului, și asupra acestui aspect noi eram de acord pe atunci. Simptomul psihosomatic este în asemenea măsură solidificat, materializat (fr. *chosofie* — n.tr.), bolnavul se întoarce la el cu un atașament atât de intens, încât este dificil să-l facem să treacă la un alt nivel.

— În plus libidoul și agresivitatea sunt transformate într-o energie nediferențiată. Cu siguranță, este vorba de o pulsione dar ea nu are încă sens, cuvântul sens fiind înțeles aici ca un concept direcțional.

— În fine există o structură particulară a supraelui, scindată în două părți, ceea ce antrenează o activitate la nivelul eului caracterizată de o gândire operatorie: practica o ia înaintea restului, lumea trebuie manipulată și atât.

Astfel că frazei pe care am citat-o din Garma și care exemplifica bine concepția sa, i-o putem opune pe cea a lui M'Uzan: „Nu trebuie să căutăm sensul original al simptomului psihosomatic pentru că nu are așa ceva, ci să-i conferim unul.”

La acest stadiu, o observație pe care am raportat-o în 1971 ne-a condus la o reflecție diferită din cauza aspectului său dramatic:

Bolnavul despre care este vorba era un subiect de 30 de ani care prezenta o rectocolită hemoragică gravă. Noi îl luasem mai mulți în

tratament, adică acest bolnav era urmărit în clinică, zilnic, de către un grup de îngrijitori, dintre care două infirmiere deosebit de grijulii, trei medici și un psihanalist. Această rectocolită evolua într-o manieră destul de banală, ameliorându-se, apoi agravându-se, apoi ameliorându-se din nou. Totuși, într-o zi acest sindrom se agravă într-o manieră mai importantă: rectoragiile au început să se mărească, exact într-un moment în care noi am abordat fără să explicităm prea mult problema uneia din fantasmele acestui bolnav, aceea că era strâpuns. Spun a fi strâpuns și nu strâpuns de către cineva; fantasma neavând întotdeauna, și vom reveni la acest lucru, suportul simbolic, ci fiind redusă la o simplă imagine trăită. În fața acestei agravări, contratransferul nostru (lucru pe care l-am analizat ulterior) a fost pus în discuție. Aveam într-adevăr impresia că starea acestui bolnav se va agrava foarte serios, și dintr-o nevoie a noastră de liniște, am făcut apoi la gastroenterologul care îl îngrijea de obicei. Pe acesta îl cunoșteam, era obișnuit cu metodele noastre: dar el nu a putut veni și ne-a trimis pe altcineva care să-l înlocuiască. Acesta din urmă nu era obișnuit cu aceste contexte psihodinamice și încă de la sosirea sa în camera bolnavului (noi nu eram acolo), el a decis pe loc să facă o rectoscopie. Rezultatul examenului său, transcris pe hârtie, era foarte liniștitor: leziunile erau pe cale de calmare și, în final, în comparație cu rezultatele anterioare nu exista nimic îngrijorător; departe de aceasta, totul mergea chiar mult mai bine. Cu toate acestea și în ciuda tuturor acestor asigurări, în aceeași seară chiar, bolnavul muri într-o hemoragie catastrofală.

Putem da bineînțeles acestei evoluții sensul pe care îl dorim. Dar în perspectiva care ne interesează, ni se pare că lucrurile pot, desigur într-o manieră schematică, fi reconstituite în modul următor. Acest bolnav avea printre fantasmele sale pe aceea de a fi penetrat, dar această fantasmă era o dorință și totodată ceva irealizabil. Ce face gastroenterologul: el realizează fantasma în planul realității. Adevărea ei, fără posibilitatea de a trece, măcar printr-un alt nivel simbolic, a determinat moartea subiectului nostru.

Aici în acest exemplu dificil, simptomul (hemoragia intestinală) este direct legat de fantasma fundamentală a subiectului, bolnavul se afla cu adevărat la un nivel în care apărările, prinse într-o barieră cor-

porală, exprimau totodată dorința și refuzul acestei dorințe. Pentru el problema era a dorinței de a fi străpuns, dar într-o perspectivă atât de reală încât orice actualizare nu putea decât să fie nefastă și să dărească dintr-o singură lovitură structura defensivă.

Din toate acestea ni se pare a reieși că simptomul psihosomatic dacă nu are o veritabilă specificitate, este cel puțin caracterizat de trei caracteristici particulare: punerea în discuție a realului, valoarea lui fantasmatică și în fine apartenența la un anumit tip de nosografie.

I

Implicarea realului

Noi vorbim despre corp, dar lucrurile merg mai departe: simptomul psihosomatic, într-adevăr, pune realul în discuție; el face să intre în relația intersubiectivă corpul real al subiectului. Și este un lucru cu care nu suntem obișnuiți în psihanaliză unde noi nu manipulăm decât registrele imaginii și ale simbolului. Cu realitatea în general noi nu avem ce face, doar să o considerăm ca suport pentru restul, ca o dată inaccesibilă și care servește doar de construcție de bază, edificiu pe care se va construi totul. La bolnavul psihosomatic, nu este vorba doar despre o construcție de bază, ci realul este prezent tot timpul. Și când vorbim despre real, vorbim despre moarte, adică despre moartea reală și nu despre moartea simbolică. Or, exact aici este problema noastră, angoasa noastră care apare când survine eventualitatea inextorabilului. Dacă știm că vom supraviețui prin numele nostru cel puțin câva timp, noi suntem de asemenea siguri că nu vom supraviețui prin corpul nostru. Văzut din perspectiva psihosomaticianului, din perspectiva contratransferului său, există aici cu siguranță o dificultate foarte importantă care explică în mare parte diferențele dintre teorii, chiar refuzul pe care îl putem simți de a vedea validitatea psihosomaticii. La fel cum schizofrenul pune în cauză fragmentarea noastră și cum, ca în nevroză narcisică, este foarte dificil să avem contact cu el — nu atât pentru el, cât pentru noi —, la fel bolnavul psihosomatic, prin simptomele sale, pune între noi doi viața noastră — adică moartea noastră.

2

În ceea ce privește fantasma

Că simptomul așa cum l-am evocat este susținut de o activitate fantasmatică, este un fapt care ne pare evident iar problema de a ști dacă această intrare în imaginar este primară sau secundară nu este esențială în măsura în care ea nu este atât de diferită de problema care se pune în cazul nevrozelor: cine ne va dovedi, și Freud însuși ne-a făcut să ne îndoim, că fantasmele cele mai bogate ale unui nevrotic oarecare nu sunt produsul reconstrucției pe care o realizăm împreună în cură?

Mult mai important este de cunoscut modul în care aceste fantasme se prezintă la subiecți al căror corp este scena principală a istoriei și, asupra acestui aspect noi nu putem confirma o ipoteză susținută de mult timp. Și anume că fantasmele bolnavilor numiți psihosomatici sunt „corporale și primare”, adică nu sunt organizate în scheme așa cum sunt fantasmele originare, ci caracterizate printr-o predominanță a actului. Ceea ce am scris în 1971 ni se pare valabil încă: „Doar acțiunea este prezentă, subiectul acțiunii trecând pe planul al doilea. Nu este vorba ca de exemplu la un nevrotic, de fantasma de a fi penetrat de tată, sau de a îl penetra, ci de fantasma mai generală: a fi penetrat sau a penetra, de a fi străpuns fără ca complementul verbului să intervină în mod inevitabil. Aceasta poate pentru că aceste fantasme se creează într-un moment în care relația simbolică cu anturajul nu a fost elaborată.”

Pentru a preciza aceste remarci cu mai multă obiectivitate și experiență clinică, clarificată de asemenea de teoriile lui Piera Aulagnier asupra nașterii corpului copilului, întâlnind aici și ceea ce acest autor descrie sub numele de pictogramă, fantasmele așa cum le descriem aici sunt, pentru a relua termenii lui Pierre Marty, mișcări de viață și de moarte al căror scenariu nu este încă scris (sau lizibil de către noi). Asemenea activități fantasmatică sunt, o înțelegem cu ușurință, periculoase pentru economia eului care nu se poate simți decât debordată, fără o apărare posibilă, de îndată ce percepe irumperea lor. Căci cum să te aperi contra unei energii al cărei reprezentant este abia format, dacă nu utilizând din nou corpul din care această energie a plecat? Astfel privite lucrurile, putem spune că fantasma psihosomaticului

scurtcircuitează activitatea psihică secundară susceptibilă să stabilească simptomele de apărare psihonevrotice obișnuite.

3

În ceea ce privește punctul de vedere nosografic

Trebuie să ne bazăm pe prima observație că dacă plângerea subiectului exprimă modul în care eul său reacționează la o indispoziție corporală, analistul nu poate înțelege enunțul acestei plângeri decât în măsura în care ea este făcută pentru celălalt și totodată pentru sine. Adică faptul că suferința eului se va organiza, în mod secundar sau nu, într-un anumit discurs și că ea se va înscrie pe un vector particular al relației de obiect. Toate plângerile, toate durerile corporale sunt făcute și pentru ceilalți, dar fără nici o îndoială gradul de obiectualizare secundară al acestei plângeri poate fi mai mult sau mai puțin marcat; la limită trebuie să existe dureri al căror scop este în sine, ceea ce am putea considera, în mod analog, drept indispoziții narcisice care nu au de-a face decât cu eul și care, răsfrângându-se asupra lui, sunt fără îndoială cele mai ucigătoare. Vom vedea mai târziu că relația transfer-contratransfer se adaugă la acest aspect specific al nosografiei psihosomatice. Pentru moment noi vom indica doar patru criterii care permit, după părerea noastră, să luăm în considerare o clasificare a bolilor psihosomatice:

a — A lua în considerare astfel plângerea corporală, ar fi deci un prim tip de clasificare al simptomului oferit de corp după *gradul mai mic sau mai mare al calității sale transferențiale*, scala situându-se între un grad zero în care corpul este la fel de psihotic în organizarea sa fizică cum este corpul psihic în nevrozele cele mai narcisice; și o poziție diametral opusă în care simptomul este marcat de un maxim de calitate transferențială, întâlnind atunci, în mod secundar sau nu, simptomul isteric.

b — Un al doilea criteriu de clasificare face să intervină *gradul mai mare sau mai mic de obiectualizare sau de activitate fantasmatică trecută în act...* Aici întreaga nosografie medicală, așa cum tocmai

am văzut, nu poate fi decât o amăgire, în afara intrării sale în discursul subiectului în calitate de reper în romanul familial. Când un pacient vine să ne spună „am diabet” sau „am un infarct”, fraza astfel enunțată se completează foarte repede cu circumstanțe aparent conexe dar fundamentale: „diabet ca tatăl meu” sau „în familia mea toți bărbații au murit de infarct”. Ceea ce schimbă sensul unui termen al cărui destin nu mai este medical în sensul strict ci susține întreaga istorie și se prezintă ca piesă constitutivă a romanului pe care va începe să se deruleze analiza.

c — Un al treilea criteriu de clasificare în fine ne este dat de practica psihanalitică atunci când ne arată cum se prezintă pentru noi bolile, cum pacientul ni le împărtășește și ce rol joacă ele între noi. Astfel că am putut de multă vreme, și aici experiența a confirmat-o, să propunem o tipologie a morbidității corporale fondată înainte de toate pe *noțiunile de înăuntru și în afară*.

Asupra acestui aspect ne-am consacrat deja arătând că simptomul psihosomatic apare mai întâi ca o barieră corporală; faptul că simptomul psihosomatic apare mai întâi ca ceva ce afectează corpul, este într-adevăr un principiu de bază pe care dorești îl uităm. Dar ca orice barieră, această barieră este dublă: ea există între medic și bolnav, împiedicându-l pe primul să penetreze în interiorul acestuia, permițându-i celui de-al doilea (medicului — n.tr.) să se îndepărteze sau să se debaraseze de primul. Ea există de asemenea în interiorul bolnavului și, într-adevăr, simptomul este trăit ca un corp străin, care face ca bolnavul să aibă senzația că este dublu: el și boala lui. Întâlnim prin aceasta schizofrenul, schismă care și ea este dublă, cu exteriorul pe de o parte și cu interiorul său pe de altă parte. Această *Spaltung*, nu o regăsim aici fără motiv la niveluri aparent așa de diferite cum sunt psihozele și bolile psihosomatice. Noi știm într-adevăr că, cu excepția limbajului, lucrurile sunt identice din punct de vedere istoric, ele se produc în același moment.

Am putea obiecta că nu există nici o originalitate în această dublă față a simptomului psihosomatic; că orice simptom este o dublă barieră, adică protejează și totodată permite la fel de bine o penetrare; astfel se întâmplă cu obsesia pe care ne-o prezintă cutare bolnav, cu paralizia sa isterică, sau chiar, cu totul banal, cu angoasa lui. Dar la bol-

navii noștri este vorba despre bariere care reprezintă un mijloc de protecție și totodată o valoare relațională; originalitatea lor este aici că pun în discuție corpul.

Urmând acest criteriu putem într-un fel separa bolile organizate în jurul a ceea ce se vede; cele care sunt ascunse într-un interior din care nu ies; cele care traversează învelișul (dinăuntru în afară sau invers); în fine cele care utilizează orificiile naturale care fac să comunice interiorul cu exteriorul.

Astfel făcând, nu este vorba desigur de a crea o nouă nosografie, nomenclatură căreia i s-ar putea aplica aceleași criterii pe care le-am aplicat clasificărilor existente. Dar am încercat prin acest exemplu să arătăm că adevăratul sens al bolii organice, cel puțin într-o primă abordare, se stabilește într-o manieră dinamică legând analizantul și analistul printr-un mod de relație care plasează accidentul la nivelul suprafeței de contact dintre eu și lumea obiectală cu toate avatarurile care pot apărea la o asemenea suprafață, la ceea ce ea conține, și la ceea ce ea izolează de exterior.

Putem face ca acest tip de clasificare să se întâlnească cu nosografia medicală obișnuită? Se pare că aceasta ar fi o cale eronată care, în dorința sa pentru o sinteză globalizatoare nu face decât să suprapună parametri ne juxtapozabili. Practic trebuie în mod obligatoriu să revenim la aceste concepte extrase din practica noastră analitică și aici, criteriile de clasificare nu se vor putea clarifica în mod specific decât cu condiția, după părerea noastră absolut necesară, să abandonăm nomenclatura medicală clasică pentru a reorganiza tulburările de care se plânge pacientul după criterii specifice domeniului nostru.

PSIHOSOMATICĂ ȘI CONTRATRANSFER

Așa cum am lăsat să se înțeleagă de-a lungul dezvoltării noastre, în jurul contratransferului se creează mai întâi, se structurează apoi, se conceptualizează în fine ceea ce numim în mod comun boală psihosomatică, termen căruia i-am putea substitui: Istoria Corpului și ceea ce se întâmplă cu el.

Această importanță a contratransferului în ascultarea plângerii organice a celui alt de către noi, ne-a apărut dintr-o dată sau aproape de îndată ce am început să reflectăm asupra unui material clinic destul de important: și bineînțeles în aceeași măsură plecând de la observațiile privilegiate care ne afectau mai direct în propriul nostru corp.

Căci tulburarea celui alt este percepută prin contratransfer și analistul nu scapă, în relația sa cu cel care vine să-l consulte, investiții sau contrainvestiții care se nasc în el. Astfel se întâmplă în fața unui nevrotic iar diferența nu ține poate de natura simptomului ci de ceea vom face ulterior în legătură cu el.

Observațiile celor care s-au aplecat asupra psihosomaticii sunt în această privință deosebit de evocatoare cu atât mai mult cu cât fiecare se referă la propria sa teorie în legătură cu aceste cazuri. Astfel în timp ce Sifneos vorbește de alexitimie, în timp ce Joyce Mac Dougall semnalează plictiseala anxigenă pe care o determină litiile anumitor pacienți, în timp ce Marty descrie depresia esențială și cortegiul de dezinteres care o însoțește, noi credem că este vorba aici despre un anumit tip de calitate pe care îl îmbracă contratransferul, calități care sunt atașate în mod specific pacienților care suferă de boli organice. Modul operator al pacientului nu este oare cel care generează și la noi riscul unei funcționări la fel de operatorii și oare nu plecând de la acest pragmatism poate fi delimitat un anumit domeniu?

Pentru a situa și mai bine poziția sa, vom relua aici două fraze ale lui Joyce Mac Dougall care prefătează bine starea actuală a proble-

mei noastre: „Asemenea stări când apar la pacienți în cursul curei sunt percepute în mod direct în contratransferul nostru prin senzația unei oboseli care corespunde alexitimiei celui alt dar diferită de ea în sensul că este însoțită de angoasă și o stare de rău” (169). Și mai departe continuă: „Din cauza diverselor debordări, noi toți putem fi deconectați de realitatea noastră psihică în aspectele sale emoționale și din această cauză incapabili să elaborăm sau să conținem forțele afective mobilizate, cu excepția faptului că putem obține și recunoaște efectele lor. În loc de aceasta, riscăm să le trecem în act sau să ne îmbolnăvim.” Anumiți pacienți, adăugă ea, determină la analist senzații „de blocaj, de paralizare a funcției de analist, de disperare. Îi putem numi antianalizanți”.

Aceste experiențe pe care le avem dintr-o dată cu anumiți subiecți, dar care apar de asemenea cu toți pacienții în timpul curei, se derulează cu acei pacienți care determină la noi minim „oboseală” iar diferența dintre alexitimia celui alt și cea pe care el o determină la noi, este că noi ne simțim afectați de ea.

Un alt punct de vedere este să considerăm că dacă psihosomatica intră undeva în domeniul analizei, este din același motiv din care nevrozele au penetrat aici (sau în care au creat-o) adică prin constientizarea a ceea ce se întâmplă în analist în timpul curei.

În acest moment al reflexiei noastre, apar un anumit număr de observații:

1 / Un prim aspect este precizarea modului în care sunt concepute, pentru noi, conceptele de transfer și contratransfer, ambele inseparabile, izolarea lor în două entități separate nefiind valabilă decât pentru comoditatea comunicării.

Această poziție suprimă în mod foarte evident problema insolubilă de a ști ce a fost la început, transferul sau contratransferul, problema pe care fiecare o rezolvă în felul în care îi convine. În această privință putem merge dincolo de poziția lui Neyraut (193) care inversează secvența obișnuită: „Transferul nu apare, ne spune el, decât după, în cererea analitică, ca un efect retroactiv...” Este deci precedat de ceva... care în realitate este contratransferul.”

În orice caz și urmând îndeaproape teza lui Neyraut putem spune că contratransferul prezintă implicarea însăși a analizei care elaborează o legătură înainte chiar ca pacientul să ajungă să fie suportul ei.

Așa cum amintește M. Fain (81), nu există obiectivitate absolută, „nu există ascultare neutră, nu poate exista decât o ascultare liberă, liberă să se intereseze și să se dezintereseze succesiv în mișcările de identificare și de reluare... neutralitatea nu este definită de situația de ascultare ci de regula abstenenței”. Or, această ascultare deja impură deși liberă, este deja acolo, în chiar momentul în care celălalt vine să ceară o analiză și dacă aplicăm această poziție relației psihosomatie, aceasta capătă o clarificare deosebită: alegerea pe care noi o facem într-adevăr de a accepta acest pacient care suferă în corpul său, modul în care înțelegem apariția unei afecțiuni somatice în cursul curei unui nevrotic, face parte din aceste „impurități” în legătură cu care dacă ne-am interoga ar exista un mare beneficiu.

2 / Această primă remarcă ne constrânge să ținem cont, în aceeași măsură în care ținem de corpul celui alt, de corpul analistului, teren dificil asupra căruia nu ne putem aventura decât prin pași ușori, dacă putem spune astfel, fără îndoială pentru că ne este mai greu să vorbim de corpul nostru decât de simptomele psihice pe care le resimțim în cutare sau cutare ocazie, în orice caz să le subînțelegem.

Freud ne-a ajutat cu siguranță foarte mult să cultivăm această teamă: ce este de fapt regula abstenenței dacă nu un *noli me tangere* ca și un *noli te tangere*? A nu atinge corpul său, a nu se atinge de corpul său nici de corpul celui alt, coabitarea timp de aproape 20 de ani cu un cancer vizibil și stânjenitor de exprimat nu este desigur fără motiv iar sfaturile tehnice de prudență date lui Ferenczi pleacă cu siguranță din aceeași sursă.

Ar trebui făcut un studiu asupra comportamentului corporal al analiștilor, lucrare fără îndoială imposibilă iar singura problemă pe care am putea-o aprofunda, fără prea multe riscuri, este de a ne interoga asupra cauzei acestei imposibilități.

Cu siguranță putem fi seduși de o noțiune care a fost o vreme la modă și care se exprima în forma următoare: „întoarcerea la corp” sau „întoarcerea corpului”. Dar de fapt corpul a fost întotdeauna prezent și singura întoarcere despre care este vorba este întoarcerea în-

teresului pe care analistul i-l poartă fără să putem vorbi în privința lui de ridicarea refuzării. Trebuie să vedem aici o parte din cauzele care au concurat la nașterea metodelor apărute din analiză, foarte apropiate de ea și luând în considerare corpul. Asupra acestui aspect există două exemple, caracteristice și în sensul cel mai bun:

— grupurile de relaxare analitică ale lui Michel Sapir (219) care scrie în privința lor: „Similitudinilor cadrului care privește o analiză de grup se adaugă diferențele pe care tocmai le-am amintit. Și înainte de toate privirea analistului, reală și proiecție, suscită reprezentări cu atât mai încărcate de afect cu cât ea va atinge aceste corpuri pe care le-a văzut în picioare și pe care le contempla alungite. Spusele lui vor pleca de la contratransferul lui născând, căci este inspirat de această privire, de perspectiva atingerii viitoare, de ceea ce el și imaginează despre istoria fiecăruia; i se adaugă la început urma cunoașterii sale prealabile care îndepărtează puțin câte puțin analiza de contratransferul său”;

— în mod similar în ceea ce privește psihodrama analitică în care Anne Caïn (32) arată că dacă corpul singur nu poate fi discurs, el devine atunci când este pus într-o situație de grup în momentul în care se pune în mișcare pentru a-și rejuca istoria.

3 / Corpul care până într-un anumit punct ne pune probleme și ne sperie, intervine și în spațiul nostru analitic și modul său de a fi în acest cadru este pus în discuție.

Pus în prezență, volumele insuflete se înscriu într-un spațiu care corespunde unor criterii temporo-spatiale precise și mișcarea lor nu este legată de simplul fapt al existenței lor ci de finalitatea actualizării lor: spațiul astfel creat are un scop terapeutic. Astfel că organizarea domeniului astfel delimitat nu mai datorează nimic hazardului ci din contră se determină după vectorii semantici care se situează între două extreme: fuziunea și *acting out*-ul.

În funcție de cum este relația duală: față în față sau fotoliu-divan, vedem apărând următoarele elemente care ne fac să înțelegem bine de ce contratransferul analistului îl face să prefere a doua poziție.

— În corpul alungit, deoarece vederea este unilaterală, uneori chiar imposibilă, sunt celelalte pulsioni parțiale care se actualizează,

dintre care auzul și mirosul, ca și cum pacientul ar fi orb și nu s-ar putea orienta decât după sunet și miros. Este ceea ce am amintit în mai multe rânduri și Freud a descris printre altele în *Omul cu lupi*, cu relația dintre plângerile și borborigmele care se repetau în timpul ședeiței.

— În cazul în care pacientul este așezat, cei doi protagoniști se pot privi dar atunci plăcerea pulsioniilor exhibiționist-*voyeuriste* apare rareori. Ceea ce rezultă din această situație este din contră partea agresivă care acaparează aceste pulsioni care traduc expresii ca: „a fi mâncat din ochi... a fi devorat cu privirea”. Stare atât de greu de suportat în planul economiei libidinale a analistului încât acesta din urmă ia deseori o poziție șezând practic paralelă cu cea a pacientului, evitând privirile care se încrucișează.

4 / De fapt, a evoca corpul nu face apel la un singur referent, ci din contră sunt implicate întotdeauna trei aspecte:

— Realitatea corpurilor prezente, realitatea acestor corpuri despre care spunem că vor sfârși în țărână. De acest real este greu să dăm socoteală pentru că nu îl putem cunoaște decât prin refracția pervertitoare a proiecțiilor fantasmatică, după trecerea lor prin discurs. Putem totodată admite această realitate ca o primă necesitate pe care vin să se grefeze mai târziu activitățile mentale care au ca scop să îi dea un sens. Copiindu-i pe filosofi, am putea spune că „corpul este ceea ce rezistă”;

— corpurile fantasmate sau mai precis intrarea acestor corpuri în prezența unei activități imaginare care va permite toate proiecțiile și toate identificările posibile;

— în fine, corpurile de care cei doi protagoniști ai scenei analitice vorbesc, fie pentru a le face să intre direct în viața fantasmatică (este analiza), fie pentru a le readuce la o latură fiziologică (corpul în mișcare, de exemplu).

Aceste trei tipuri de corpuri sunt legate de filtrul de excitații și reluarea termenului lui Freud, chiar dacă este vorba de o imagine, este aici absolut explicativă, în măsura în care acest organ protector a fost descris de Freud în *Dincolo de principiul plăcerii* astfel: „Fragmentul

de substanțe vii este scufundat într-o lume exterioară, încărcată de energie de cea mai mare intensitate, și nu ar întârzia să cedeze sub asalturile acestor energii dacă nu ar fi înzestrați cu un mijloc de protecție contra excitațiilor. Mijlocul constă în aceea că suprafața sa cea mai exterioară... se transformă într-o membrană destinată să amortizeze excitațiile...” Este făcută apoi comparația cu bula protoplasmică... „Pentru organismul viu protecția contra excitațiilor constituie o sarcină mai importantă aproape decât receptarea excitațiilor...”

Plecând de la aceste remarci mi s-a impus următorul raționament: dacă este foarte evident că mecanismele nevrotice nu au putut fi izolate decât în măsura în care inventatorul psihanalizei prin autoanaliza sa și contratransferul său față de pacienți, le-a discernut formele; dacă este la fel de adevărat că, cu fiecare din analizanții noștri, în lungul timp pe care îl petrecem împreună, facem noi înșine această descoperire, aceste două premise ne duc la faptul că este vorba de fenomene similare când celălalt ne aduce plângerile sale somatice și nu doar o suferință psihică.

În 1971 noi încheiam prima noastră lucrare făcând observația că demersurile utilizate în mod obișnuit în psihosomatică nu aduceau decât rezultate care păreau întotdeauna copiate. Astfel că metoda experimentală, prin scrupulele inerente experimentatorului părea să se oprească prea devreme; curând ea a sfârșit chiar prin a deveni la rândul său o proiecție în desuierarea rezultatelor. Tot astfel anumiți analiști, aplicând teoria nevrozelor la un domeniu care nu era al său, au dat o perspectivă asupra psihosomaticii pe care noi o credem eronată.

Acesta este motivul pentru care am luat în considerare un al treilea nivel în care domeniul se poate clarifica mai bine, începând din momentul în care psihosomaticianul nu se mai teme să mergă la baza motivațiilor sale și a analizei trăirii sale în fața bolii organice, fapt pe care l-am putut numi la fel de bine contratransfer.

Pentru a verifica această ipoteză am utilizat încă din 1970 împreună cu Guy Bruère Dawson următoarea metodă: a repera și a analiza ceea ce trăia psihosomaticianul în fața bolnavului său. Să remarcăm că psihosomaticienii puși în cauză se pot împărți în două categorii care ar putea separa observațiile noastre: există pe de o parte psihanalisti obișnuiți să-și analizeze contratransferul; există pe de altă

parte omnipracțienii orientați către medicina psihosomatică și care, în cursul interviurilor personale sau în grupurile Balint, ne-au împărtășit propriile lor dificultăți și propriile lor reacții.

Remarcasem atunci că psihosomaticianul, analist sau nu, când se găsește în prezența unui bolnav organic, trăiește un anumit număr de tipuri de relație pe care le putem schematiza după următoarele trei forme:

1 / Uneori psihosomaticianul reacționează în fața bolii organice utilizând un sistem de apărare psihiatric.

Este cazul unuia dintre confrății noștri care văzuse un bolnav suferind de dureri abdominale difuze și foarte importante cu o constipație rebelă. De la începutul interviului, bolnavul longilin și cu coșuri vorbește despre probleme dificile centrate pe sexualitate; iar confratele nostru resimte o „impresie de homosexualitate”. Confratele nu continuă interviul, și într-un soi de înnebunire perfect trăită, îl trimite pe acest bolnav la un psihiatru argumentând că poate fi vorba despre un schizofren. După ce bolnavul a ieșit din cabinetul medical, confratele nostru rectifică imediat diagnosticul psihiatric: trebuie să fie vorba nu de un schizofren ci de un bolnav nevrotic care nu își exprimă prea mult nevroza ci oferă simptome somatice; dar homosexualitatea lui a fost insuportabilă pentru el.

În acest caz putem crede, schematizând, că dacă medicul și-ar fi acceptat propria sa homosexualitate, nu ar fi reacționat într-o asemenea manieră. Într-un fel ignorarea de către acest confrate a propriilor sale probleme este cea care a fost cauza respingerii bolnavului și totodată a respingerii tulburărilor psihosomatice pe care le-ar fi putut prezenta.

2/ În alte cazuri, psihosomaticianul poate „funcționa” cu bolnavul său pe un plan pe care l-am putea califica drept „acompaniament funcțional”.

Astfel, un alt confrate, văzând un bolnav astmatic și melancolic, își dă seama că în cursul interviului acompaniază ritmul respirator al

bolnavului cu al său propriu. El ne spune atunci: „Mă identificasem cu el, era un fel de legătură viscerală, respiram în același timp cu el.” Să adăugăm că elementul melancolic îl neliniștise destul de mult pe confratele nostru, pe bună dreptate de altfel căci bolnavul s-a sinucis la scurt timp după aceea.

3 / Psihosomaticianul poate reacționa de asemenea în fața unui bolnav organic trăind el însuși o afecțiune organică.

Astfel unul dintre confrății noștri a relatat următoarea întâmplare: „Unul dintre bolnavii mei prezenta ca simptom dureri difuze și o masturbare pe care și-o reproșa foarte tare. Mi-a fost frică să intru în acest ultim domeniu. Dar am trăit situația în felul următor: bolnavul meu se masturbează, este momentul în care eu însumi am făcut orchită; bolnavul meu prezintă tulburări intestinale, am în aceeași perioadă, hemoroizi.”

Un altul dintre confrății noștri, tot în fața unor probleme homosexuale prezentate de către unul dintre bolnavii săi, care profitând de tulburările digestive cerea o „rectoscopie” s-a lăsat în voia tendinței de a răspunde cererii pacientului său. Era cu toate acestea o atitudine neobișnuită la el, dar în acest caz particular rectoscopia se dovedi utilă căci ea a arătat un început de rectocolită hemoragică. Dar confratele nostru își dă seama că, în aceeași săptămână, el însuși și-a făcut o rectoscopie pentru mici sângerări rectale, rectoscopie efectuată la același medic ca și bolnavul său.

Dincolo de aceste treceri la act ale medicului, deosebit de clare, găsim într-o întreagă serie de observații, reacții emoționale de tip vegetativ care apar la confrății noștri în timpul interviului cu un bolnav somatic, indiferent dacă este vorba de reacții la nivel cardiac, digestiv sau urinar.

Vom da pentru ultimul aspect un fragment dintr-un comentariu pe care ni l-a încredințat un confrate pe care îl aveam la acea vreme într-un grup Balint, fără a schimba termenii observației sale:

„Cu un nevrotic, angoasa mea este mai intelectuală; cu un bolnav somatic, ea este mai viscerală. O trăiesc în pântec, fără a fi vorba să

mă pun în locul bolnavului. Când am o colică ascultând un bolnav psihosomatic, este vorba de propriul meu corp. Oare faptul de a îmi asculta propriul corp nu este ceva mortal?”

Pe scurt această primă elaborare ne-a făcut să diferențiem trei moduri contratransferențiale ale psihosomaticianului care are în tratament un pacient cu o boală organică: un mod de apărare dominat de respingere; un mod de „acompaniere funcțională” în care analistul este cuprins la nivel corporal de senzații cenestezice; în fine un mod de reacție cu adevărat organic în care trecerea la act se regăsește de ambele părți, organicitatea devenind locul comun al relației transfer-contratransfer.

Această schemă, comodă pentru a ne orienta la început, ne-a apărut apoi prea elementară și, *a posteriori*, putem recunoaște la rândul nostru în ea, intrând în domeniu psihosomatic pe această nouă cale, nevoia pe care o aveam de a ne orienta cu ușurință în el.

În realitate practica și reflecția pe care ea o presupune au atenuat mult această elaborare mult prea simplificată și în prezent, noi prezentăm aceleași fapte cu mai puțină certitudine, în modul următor.

Când pacientul ne împărtășește o disfuncție sau o leziune a corpului său, tulburări pe care le exprimă prin simptome pe care discursul său le reia și le utilizează și în alte scopuri, atitudinea noastră, în cură, trece prin diverse oscilații.

1/ În anumite momente, noi nu auzim din sistemul psihosomatic decât rezonanță psihică, secundară sau primară, cu aceeași sensibilitate pentru discursul subiectului, chiar dacă enunțul este diferit.

2 / În alte momente, noi rămânem la fel de muți și de surzi ca și pacientul față de istoria sa corporală dar detașarea noastră nu este decât o aparență și foarte repede revine un anumit tip de neliniște.

3 / În alte dați, reacționăm în corpul nostru, nu neapărat în timpul ședinței ci la fel de bine în viața noastră cotidiană și aici este fără îndoială una din cele mai bune caracteristici ale organicității de a determina când propriul nostru corp reacționează cu o anumită întârziere.

4 / Și apoi există încă alte perioade în care acest contratransfer este atât de insuportabil sau atât de periculos încât utilizăm ca apărare construcții teoretice: la fel cum în cura unui nevrotic alternează peri-

oadele de sexualizare și de desexualizare, la fel la purtătorii de tulburări organice există o alternanță comparabilă a somatizării și elaborării psihice.

La acest nivel, corpul, cel al adultului, obiect format și suport organic al oricărei relații de obiect așa cum o structurează organizarea noastră psihică, este legat de o întreagă istorie care îi este proprie și care devine, la acest nivel, indisociabilă de orice mijloc de expresie care îi este la îndemână: de la emoția cea mai fiziologică la conceptualizarea cea mai elaborată, cheștiunea trupului nu poate fi disociată de cheștiunea discursului și a pulsuniilor care le leagă. Acesta este motivul pentru care singurul nivel la care pare să avem acces la corpul singur este stadiul sugarii în care într-o manieră schematică putem separa vorbele mamei de mișcările corporale ale copilului; doar în aceste prime perioade dualismul, ulterior pierdut, există, evident, permițând o dihotomie a abordării psihosomatice. Trebuie să ne întrebăm încă dacă chiar și în acest caz nu suntem și aici pradă unei iluzii, căci ceea ce este observat la copil este imediat transcris de către vocile părinților și într-un fel teoretizat de către enturaj. S-ar putea face aici comparația cu visul din care noi nu cunoaștem decât traducerea sa conștientă; dar în cazul visului, jocul asociațiilor permite dus-în-torsul necesar între elaborarea primară și elaborarea secundară. Un asemenea joc este departe de a fi evident în ascultarea bolilor.

Lucrurile astfel prezentate sunt cu siguranță mai puțin clare și întorcerea în urmă pe care am făcut-o în acest text arată că drumul a devenit mai incurcat. Ceea ce noi credem că poate fi înțeles astfel: pentru că făcând astfel, suntem mai puțin departe de adevăr.

Certitudinilor pe care noi le puteam avea acum câțiva ani în privința medicinei psihosomatice, în special în ceea ce privește criteriile sale de specificitate, îi urmează o perioadă critică în dublul sens al repunerii în cauză a fundamentelor sale și a identității sale.

Neclaritatea care decurge de aici este necesară în măsura în care suprimă concepțiile eronate și ne permite astfel să încercăm să înțelegem, într-o manieră diferită, în cadrul procesului analitic, funcționarea unui subiect afectat corporal. La fel cum există o psihanaliză a nevrozelor și o psihanaliză a psihozelor, există în aceeași măsură o psihanaliză a corpului bolnav.

CA URMARE...

Când Feyerabend ne spune că știința este mult mai aproape de mit decât este gata să admită o filosofie științifică, noi putem relua aceste spuse în ecou în legătură cu psihosomatica.

Căci la fel se întâmplă cu acest domeniu prost definit al cărui eșec a provenit de la cei care voiau să-l izoleze într-un domeniu foarte limitat, foarte distinct de alte domenii ale științelor umane. Orice tentativă de a caracteriza psihosomatica prin elemente care se vor specifică, fie că este din punct de vedere dinamic la nivelul structurii personalității, fie că este printr-o regresie specifică a pulsuniilor din punct de vedere dinamic, fie că este în fine printr-o referință economică, toate aceste tentative au eșuat în cele din urmă mai mult sau mai puțin.

Dacă am rămâne la aceste constatări negative, ar exista aici o mare dezamăgire dacă am ține cont doar de rezultatul final al unei cercetări în care s-a depus atâta efort.

De fapt nu un analist va fi cel care va contesta valoarea negativului și putem spune că tot ceea ce s-a dovedit fals în teoretizări deșc-ori clarificate, ne-a adus mult.

Căci pentru a spune totul, din aceste concluzii negative reiese un element pozitiv care, în accepția noastră, constituie fundamentul psihosomaticii. Toate aceste cercetări au într-adevăr în comun faptul că avansează un mod de gândire particular fondat pe recunoașterea prezenței corpului în relația psihanalitică. Putem spune astfel că corpul devine psihosomatic când intră la rândul său în analiză, făcând parte, ca și restul discursului, din ceea ce îi leagă pe analizant și analist, adică din relația transfer-contratransfer.

Adevărata materie a psihosomaticii se situează în acest domeniu și dacă trebuie făcute progrese, acestea se fac aprofundând ceea ce poate fi specificat dintr-o asemenea observație.

În acest sens, este foarte adevărat că psihosomatica este mai apropiată de mit ca oricare altă formă de gândire, fie ea de ordin științific sau de ordin estetic. Mitul rămâne să fie de descifrat de fiecare dintre noi în timpul tuturor ședințelor. Într-adevăr, contrar a ceea ce mulți gândesc, Œdip, fără a fi conștient de acest lucru, avea și un corp.

BIBLIOGRAFIE

- [1] Abraham G., Le corps et ses limites, *Psychothérapies*, 1982, vol. II. n° 4, pp. 155–160.
- [2] Abraham G., Psychothérapie en médecine, *Psychothérapies*, 1981, vol. I, pp. 109–113.
- [3] Abraham N., *L'écorce et le noyau*, collaboration et autres essais de M. Torok, Paris, Aubier, Flammarion, 1978, pp. 318–321.
- [4] Abramson H. A., *Evaluation of maternal rejection theory in allergy*, 1954, 12, pp. 129–140.
- [5] Aisenstein M., Solution psychosomatique. Issue somatique? Notes cliniques: l'Homme de Birmanie, *Les Cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie*, 1987, n° 14, pp. 73–97.
- [6] Albot G. et Bonnet G.-F., L'avenir des cholécystectomisés pour dyskinésie vésiculaire, *Arch. mal. app. dig.*, juillet-août 1954, 43, pp. 785–797.
- [7] Alby J.-M., La médecine psychosomatique aujourd'hui, *Revue de Médecine psychosomatique*, 1979, t. 21, n° 3, pp. 259–275.
- [8] Alexander F., *La médecine psychosomatique*, trad. franç., Paris, Payot, 1952.
- [9] Alexander F., *Grundzüge der psychosomatischen Forschung*, Overbeck Gerd & Anneg. Seelischer konflikt-körperliches Leiden, Hambourg, Rowohlt, 1978, pp. 46–55.
- [10] Allendy R., *Journal d'un médecin malade*, 1 vol., 188 p., Paris, Ed. du Piranha, 1980.
- [11] Andreoli A., Pour une théorie psychosomatique de la psychothérapie, in *Eros et changement. Le corps en psychothérapie*, Paris, Payot, 1981, pp. 251–299.
- [12] Arnoux D., La maladie écoutée, *Adolescence*, 1985, t. 3, n° 2, pp. 267–281.
- [13] Aulagnier P., Naissance d'un corps — Origine d'une histoire, in *Corps et Histoire*, IV^e Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence, Paris, Les Belles Lettres, 1986, pp. 99–143.

- [14] Azzoni A. et coll., *Epilepsie, manifestations allergiques et organisation primitive du psychisme: à propos d'un cas, Perspectives psychiatriques*, 1986, n° 4/5, pp. 339-343.
- [15] Atkinson R. P., Emotional factors in pancreatopathy, *Surg. clin. north am.*, avril 1958, 38, n° 2, pp. 785-792.
- [16] Balint M., *Les voies de la régression*, Paris, Payot, 1972, 1 vol.
- [17] Balint M., *Le défaut fondamental*, Paris, Payot, 1971, 1 vol., 258 p.
- [18] Balint M. et Balint E., *Techniques psychothérapiques en médecine*, Paris, Payot, 1966, 1 vol., 270 p.
- [19] Barthès R., *Leçon*, Paris, Seuil, 1978, 1 vol.
- [20] Bégoïn J., Espace psychique et psychosomatique, *Revue française de Psychanalyse*, 1981, vol. 45, n° 2, pp. 303-308.
- [21] Benedetti G., Le problème de l'alexithymie, *Psychotherapies*, 1982, vol. 11, n° 1, pp. 9-13.
- [22] Berblinger K. W. et Greenhill M. H., Levels of communication in ulcerative colitis: a case study, *Psychosom. Med.* mars-avril 1954, 16, n° 12, pp. 156-162.
- [23] Beretti F., *Le point de vue psychosomatique dans la recto-colite hémorragique*, Thèse Marseille, 1955.
- [24] Bertrand et coll., Contribution à l'étude des encéphalopathies d'origine pancréatique, *Rev. neurol.*, 1958.
- [25] Bonadies A., La composante émotive dans certaines cholécystalgies, *Minerva méd.*, 8 septembre 1941, n° 44, pp. 356-357.
- [26] Bonnefoi M., *Contribution à l'étude psychosomatique des affections des voies biliaires*, Thèse Marseille, 1955.
- [27] Bonnel F., *Les aspects psychosomatiques de la recto-colite hémorragique*, Thèse Marseille, 1964.
- [28] Boss M., *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, 1 vol., 182p.
- [29] Braunschweig D., Psychosomatique et psychanalyse, in *Corps malade et corps érotique*, Paris, Masson, 1984, pp. 116-122.
- [30] Brette F., De la complaisance somatique à la complaisance dépressive, *Revue française de Psychanalyse*, 1986, t. 50, n° 3, pp. 961-969.
- [31] Brisset Ch., Hystérie et pathologie psychosomatique, *Rev. Praticien*, 14 avril 1964.
- [32] Caïn A., Sur une technique du psychodrame analytique et son évolution, *Confrontation psychiatrique*, n° 26, 1986, pp. 131-149 Spécia.
- [33] Caïn J., *Le symptôme psychosomatique*, Privat, 1^{re} édition, 1971, 1 vol., 226 p.
- [34] Caïn J., Regard, érotisation et psychosomatique, *Revue française de Psychanalyse*, 1984, vol. 48, n° 5, pp. 1183-1195.
- [35] Caïn J., *Le double jeu*, 1 vol., 200 p., Paris, Payot, 1977.
- [36] Caïn J., *Temps et psychanalyse*, Paris, Privat, 1982, 1 vol., 220 p.
- [37] Caïn J., Fusion et défusion de la pensée et des affects, in *Souffrance, plaisir et pensée*, 1^{res} Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence, Paris, Les Belles Lettres, 1982, P. 165-203.
- [38] Caïn J., *Contre-transfert et psychosomatique. Corps et Histoire*, 1^{re} Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence, 1985, Paris, Les Belles Lettres, 1986, pp. 205-256.
- [39] Calvo Melendro J. C., Disquinesias biliares de causa endocrina y psíquica, *Revista española de las enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición*, 1951, 10.
- [40] Canet-Palaysi C., Cornier M., Kalmanovitch J., Lehmann J. F., L'induction en relaxation, *Revue de Médecine psychosomatique*, 1975, vol. 17, n° 3, pp. 305-311.
- [41] Canu A.-M. et Bellet M., *Sur une guérison catastrophique*, PUF, 1976, t. 2, n° 5, pp. 99-111.
- [42] Cachard C., Enveloppes de corps, membranes de rêves. Enveloppes et entourages: hypothèses psychosomatiques, *Evolution psychiatrique*, 1981, t. 46, pp. 849-856.
- [43] Célerier M.-C., De la causalité psychosomatique, *Topique*, décembre 1978, n° 22, pp. 111-133.
- [44] Célerier M.-C., Projet, déconvenue, espoir d'un psychanalyste à l'hôpital, *Topique*, 1980 n° 26, p. 83-99.
- [45] Challe G., L'œil parle, *Perspectives psychiatriques*, 1985, n° 104, pp. 361-363.
- [46] Chemouni J., *Georg Groddeck. Psychanalyste de l'imaginaire (Psychanalyse freudienne et psychanalyse groddeckienne)*, Paris, Payot, 1984, 347 p.
- [47] Chertok L., Psychosomatique expérimentale: la vésication, *Annales médicopsychologiques*, 1977, t. 2, n° 1, pp. 1-13.
- [48] Chertok L. et Bourguignon O., *Vers une autre médecine. Espoirs de formation psychologique des futurs médecins*, Toulouse, Privat, 1977, 256 p.

[49] Coldefy J. M. et Oughourlian J. M., *Approche psychosomatique de la pratique médicale et chirurgicale*, préface de P. Charbonneau, Toulouse, Privat, 1975, 400 p.

[50] Covello-Gabrieli L., Somatique: symptôme ou maladie, *Evolution psychiatrique*, 1985, vol. 50, n° 4, pp. 871-877.

[51] Crémieux A., Cain J., Marriq J. et Rabattu P., *Névrose et hyperthyroïdie. Le point de vue psychosomatique*, XXXVII^e Congrès des Al. et Neur. de Langue française, Marseille, Masson, 1948, 1 vol.

[52] Daniels G. E., Three decades in the observation and treatment of ulcerative colitis, *Psychosom. méd.*, janvier-février 1962, 24, n° 1, pp. 85-93.

[53] David C., *Souffrance, plaisir, pensée — un mythe indissociable*, Paris, Les Belles Lettres, 1982, pp. 11, 15, 62.

[54] Debray R., Adolescence et maladie somatique. Quelques réflexions actuelles, *Adolescence*, 1985, t. 3, n° 2, pp. 309-319.

[55] Debray R., Les balancements de la symptomatologie psychosomatique dans le triangle: père-mère-bébé, in *Corps malade et corps érotique*, Paris, Masson, 1984, pp. 21-30.

[56] Debray R., A propos des troubles somatiques dans l'œuvre de Freud et celle de certains de ses successeurs, *Revue française de Psychanalyse*, 1984, vol. 48, n° 5, pp. 1133-1141.

[57] Debray R., Préconscient et maladie somatique. Quelques interrogations actuelles, *Revue française de Psychanalyse*, 1983, vol. 47, n° 2, pp. 527-537.

[58] David-Menard M., *L'hystérique entre Freud et Lacan (Corps et langage en psychanalyse.)* Paris, Ed. Universitaires, 1983, 215 p.

[59] Dejours C., *Le corps entre biologie et psychanalyse (Essai d'interprétation comparée)*, préface de Fr. Dagognet, Paris, Payot, 1986, 267 p.

[60] Dejours C., Economie de la perception et processus de somatisation, *Psychanalyse à l'Université*, 1987, t. 2, n° 47, pp. 417-435.

[61] Dejours C., Traitement psychosomatique de la douleur, *Le coq héron*, 1986, n° 97, pp. 36-43.

[62] Delay J., *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, Masson, 1961.

[63] Demole M. et Lassère R., Le facteur psychique dans la colite ulcéreuse, *Acta gastroenterol. belg.*, octobre 1953, 16, pp. 605-613.

[64] Deutsch F., *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*, New York, Internat. univ. press, 1953.

[65] Deutsch L., Psychosomatic medicine from a psychoanalytic viewpoint, *Journal of the american psychoanalytic Association*, 1980, vol. 28, n° 3, pp. 653-702.

[66] Dongier M., *Névroses et troubles psychosomatiques*, Bruxelles, Delassart, 1966, 296 p.

[67] Dosai A. F. et Del Pinal J. L., Aspectos de la patologia funcional de vias biliares extraepaticas, in *Problematika de la Elaboracion de los sindromes psicomaticos*, Saragessa, Clin Lab., décembre 1953, 61, 333.

[68] Dscheff M., Experimenteller Beitrag über affective beeinflussung der Gallenausscheidung, *Eschr. Ges. Exp. Med.*, 1933, 87, pp. 178-188.

[69] Dubarry J.-J. et Dubarry E., Sur l'influence des troubles endocriniens et des émotions sur certaines poussées de recto-colite hémorragique, *Acta gastro-enterol. belg.*, mai-juin 1950, 13, pp. 769-771.

[70] Dunbar F., Notes psychanalytiques concernant l'asthme et le rhume des foies, *Psychoanalyt. Quart.*, 1938, pp. 7-25.

[71] Dunbar F., *Le diagnostic psychosomatique*, New York, Hoeber, 1944.

[72] Duret, The psychosomatic aspect of ulcerative colitis, *Acta gastro-enterol. belg.*, septembre 1961, 24, pp. 457-466.

[73] Engel G. L., Studies of ulcerative colitis. V. Psychological aspects and their implications for treatment, *Am. J. Digest. dis.*, avril 1958, n° 34, pp. 315.

[74] Ey H., Médecine psychosomatique et névroses d'organes, *EMC Psychiatrie*, 2, 1955, 37400 A 10.

[75] Fain M., Troubles psychosomatiques survenus au cours d'une psychanalyse. Etude des facteurs ayant contribué à déterminer leur localisation, *Rev. franç. Psychanal.*, 1953, n° 2.

[76] Fain M. et Marty P., Perspectives psychosomatiques sur la fonction des fantasmes, *Rev. franç. Psychanal.*, 1964, pp. 609.

[77] Fain M., A propos des troubles allergiques, *Rev. franç. Psychanal.*, 1967, pp. 717.

[78] Fain M., Vers une conception psychosomatique de l'inconscient, *Rev. franç. Psychanal.*, 1981, vol. 45, n° 2, pp. 281-292.

[79] Fain M., Du corps érotique au corps malade: complexité de ce passage, in *Corps malade et corps érotique*, Paris, Masson, 1984, pp. 123-135.

- [80] Fain M. et Dejours C., *Corps malade et corps érotique*. Travail réalisé dans le cadre de l'IPSO (Institut de Psychosomatique de Paris) Paris, Masson, 1984, 135 p.
- [81] Fain M., Avant-Propos, *Rev. franç. Psychanal.*, vol. 48, n° 5, pp. 1125-1132.
- [82] Fain M., Des complexités de la consultation en matière psychosomatique, *Rev. franç. psychanal.*, 1984, vol. 48, n° 5, pp. 1209-1227.
- [83] Fain M., Les assises freudiennes de la psychosomatique, *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris*, 1983, n° 2, pp. 3-8.
- [84] Fain M., Prélude à la vie fantasmatique, *Rev. franç. de Psychanal.*, XXXV, 1971, pp. 291-364.
- [85] Fedida P., *Corps du vide et espace de séance*, Paris, J.-P. Delarge, 1977, 368 p.
- [86] Fedida P., La question de la théorie somatique dans la psychanalyse, *PF*, 1978, 3, n° 12, pp. 821-847.
- [87] Ferenczi S., Le problème de l'affirmation du plaisir, in *Œuvres complètes*, t. III, Paris, Payot, 1974, pp. 389-401.
- [88] Fernandez-Zoila A., *Freud et les psychanalyses*, chap. VII: «Psychosomatiques et psychanalyses du corps», Paris, Nathan, 1986, pp. 192-290.
- [89] Feyerabend P., *Contre la méthode*, Paris, Seuil, 1979, 1 vol., 350 p.
- [90] Fine A., Éléments d'une cure d'un sujet atteint de recto-colite hémorragique, éclairant l'économie des *actings* et l'hypothèse d'actings somatiques (Séminaire de perfectionnement, janvier 1987), *Revue franç. de Psychanal.*, 1987, 51, n° 4, pp. 1123-1136.
- [91] Fiskus R. M. et Girouin D., Manifestation psoriasique. Approche psychanalytique. Colloque de l'Evolution psychiatrique, janvier 1983, *Ev. psychiat.*, 1983, t. 48, fasc. 4, pp. 961-972.
- [92] Flournoy O., Ulcerative colitis and relations. Obs. d'un cas, *Ev. psychiat.*, septembre/octobre 1961, 26, in° 3, pp. 419-444.
- [93] Flournoy O., L'ulcère à cheval, *Revue franç. de Psychanal.*, 1984, vol. 48, n° 5, pp. 1163-1172.
- [94] French T. M. et Shapiro L. B., Analyse des rêves au profit de la recherche psychosomatique, *Psychosom. méd.*, mars-avril 1949, pp. 110-112.
- [95] French T. M., Alexander et coll., Psychogenic factors in bronchial asthma, *Psychosom. méd.*, 1941.
- [96] Freud S., *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954, 1 vol.

- [97] Freud S., *Résultats, idées, problèmes*, I, Paris, PUF, 1984, 1 vol., 260 p.
- [98] Freud S., *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, PUF, 1985, 1 vol., 298 p.
- [99] Freud S., *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1973, 1 vol., 165 p.
- [100] Freud S., *Névroses, Psychoses et Perversions*, Paris, 1973, 1 vol., 306 p.
- [101] Freud S., *Etude sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956, 1 vol., 254 p.
- [102] Freud S., *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1951, 1 vol., 113 p.
- [103] Freud S., Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique, in *Névroses, psychoses et perversions*, PUF, 1973, pp. 167-175.
- [104] Freud S., *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, 1 vol.
- [105] Gachelin G., Vie relationnelle et Immunité, in *Corps et histoire. IV^e Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence*, Paris, Les belles lettres, 1986, pp. 45-98.
- [106] Gaddini E., notes on the mind — body question, *The international journal of psychoanalysis*, 1987, 68, n° 3, pp. 315-329.
- [107] Garcia R. H., *Cancer. A Psychogenetic illness* (Psychoanalytic and gastroenterological research in the origin of cancer carried out since 1946), Mexico, Olimpia, 1980, 175 p.
- [108] Garma A., *La psychanalyse et les ulcères gastroduodénaux*, PUF, 1957.
- [109] Garma A., L'intégration psychosomatique dans le traitement psychanalytique des maladies organiques 1963, XXIV^e Congrès des Psychanalystes de langues romanes, *Rev. franc. Psychanal.*, 1964-1965, 28, numéro spécial, 5-45.
- [110] Gauthier Y., Reconstruction et observation en psychosomatique des enfants, *Rev. franc. Psychanal.*, 1984, vol. 48, n° 5, pp. 1229-1242.
- [111] Giovacchini P. L., Somatic symptoms and the transference neurosis, in P. L. Giovacchini, *Psychoanalysis of character disorders*, New York, Jason Aronson, 1975, pp. 402-414.
- [112] Gontard F., Approche psychosomatique d'un jeune hyper-tendu, *Adolescence*, 1985, t. 3, n° 2, pp. 379-384.
- [113] Gorot J., Allergie, délire et processus projectif, *Psychanalyse à l'Université*, 1980, t. 5, n° 20, pp. 709-714.

[114] Gorot J., Image du corps et réanimation, suivi d'un commentaire de Sami-Ali, pp. 317-320, *Psychanalyse à l'Université*, 1977, t. 2, n° 6, pp. 311-316.

[115] Grace W. J., Wolff S. et Wolff H. G., Life situation emotions and chronic ulcerative colitis, *JAMA*, 8 avril 1950, 142, pp. 1044-1048.

[116] Grinker R. R. et Robins F. P., *Cliniques psychosomatiques*, Paris, PUF, 1959, pp. 90-100.

[117] Groddeck G., Conférences psychanalytiques à l'usage des malades prononcées au Sanatorium de Baden-Baden (Conférences 1 à 40, 16 août 1916 — 23 mai 1919), édité et traduit par R. Lewinter, Paris, Champ libre, 1978, 332 p.

[118] Groddeck G., «*Nasamecu*». *La nature qui guérit*, traduit par Pierre Villain, avec une préface de C. Clément, Paris, Aubier-Montaigne, 1980, 244 p.

[119] Groen J., *L'approche psychodynamique de l'asthme bronchique*, Rapport du Congrès d'Allergologie, Londres, 1959.

[120] Groen J., Psychogenesis and psychotherapy of ulcerative colitis, *Psychosom. méd.*, mai-juin 1947, 9, pp. 151-174.

[121] Groen et Bastiaans, Psychotherapy in the ulcerative colitis, *Gastro-enterology*, mars 1951, 17, pp. 344-352.

[122] Guedeney A., Les aspects psychosomatiques des malnutritions protéino-caloriques de la première enfance en milieu tropical. Faits et hypothèses, *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XXIX, n° 1, pp. 155-189.

[123] Gutton Ph. et Berger M., A propos d'une observation de maladie de Crohn chez l'enfant, *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1978, vol. XXI, fasc. 1, pp. 57-66.

[124] Gutton Ph. et Levy-Leblond E., Psychopathologie clinique et hépatologie infantile, *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1978, vol. XXI, fasc. 1, pp. 5-56.

[125] Guyotat J., Grille pour un repérage des singularités de la filiation, *Psychanalyse à l'Université*, 1979, t. 4, n° 16, pp. 639-652.

[126] Hayem D., La psychosomatique peut-elle casser des briques?, *Topique*, 1983, n° 32, pp. 123-132.

[127] Hayem D., Le corps fou, *Topique*, 1981, n°27, pp. 123-134.

[128] Haynal A. et Pasini W., *Abrégé de médecine psychosomatique*, préface de G. Garrone et M. Jenny, Paris, Masson, 1978, 292 p.

[129] Haynal A., A propos de la problématique des modèles en médecine psychosomatique. Colloque de l'Evolution psychiatrique, janvier 1983, *Ev. Psychiat.*, 1983, t. 48, fasc. 4, pp. 943-959.

[130] Held R., *Problèmes de la cure analytique aujourd'hui. Us et abus de la psychanalyse*, I^{re} partie: «Médecine psychosomatique et troubles psychofonctionnels», Paris, Payot, 1975, pp. 153-226.

[131] James M., The non-symbolic nature of psychosomatic disorder: a test case of both Klein and classical theory, *The International Review of psycho-analyses*, 1979, vol. 6, in °4, pp. 413-422.

[132] Jean Ch., Questions de vie ou de mort, *Adolescence*, 1985, t. 3, n° 2, pp. 283-294.

[133] Jones E., Stethoscope as phallus (1911), in *Papers on Psa*, 1938.

[134] Karlner W., Manifestations psychiatriques du cancer du pancréas, *New York State J. méd.*, 15 juillet 1956, 56, n° 14, pp. 2251-2252.

[135] Karush A. et Daniels G. E., Ulcerative colitis, the psychoanalysis of 2 cases, *Psychosom. méd.*, mars-avril 1953, 15, n° 2, pp. 140-167.

[136] Karush A., Hiat R. B. et Daniels G. E., Psychophysiological correlations in ulcerative colitis, *Psychosom. méd.*, janvier-février 1955, 17, pp. 36-56.

[137] Kaufman W., Some psychosomatic aspects of food allergy, *Psychosom. méd.*, 1954, 16, pp. 10-40.

[138] Kipman S. S., Contre la psychosomatique du nourrisson: le cas C., *Revue de Médecine psychosomatique*, 1982, vol. 24, n° 4, pp. 361-372.

[139] Klein H. S., Notes on a case of ulcerative colitis. *Internat., J. Psychoanal.*, 1965, 46, pp. 342-352.

[140] Koechlin Ph., Modèle psychosomatique ? Mise en place du thème. Colloque de l'évolution psychiatrique, janvier 1983, *Ev. Psychiat.*, 1983, t. 48, n° 4, pp. 931-934.

[141] Kraft B., The application of psychodynamics concepts in an allergy practice, *Ann. allergy*, 1959, 8, pp. 664-667.

[142] Kreisler A., Psychothérapie d'un enfant épileptique (Psychosomatique de l'enfant), *Psychanalyse à l'Université*, 1981, t. 7, n° 25, pp. 65-81.

[143] Kreisler L., De la pédiatrie à l'économie psychosomatique de l'enfant, *Rev. franc. Psychanal.*, 1984, vol. 48, n° 5, pp. 1245-1257.

[144] Kreisler L., L'enfant du désordre psychosomatique, *Rencontres cliniques*, Toulouse, Privat, 1981, 400 p.

[145] Kreisler L., *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat, 1987, 345 p.

[146] Kubie L. S. (1953), The central representation of the symbolic process in psychosomatic disorders, *Psychological issues*, 1978, XI, n° 4, monograph 44, pp. 115-126.

[147] Kuhn R., Clinique et expérimentation en psychopharmacologie, *Psychanalyse à l'Université*, 1986, t. 11, n° 41, pp. 105-116.

[148] Lagache G., Combemale B. et Valtille C., *Les troubles psychiques des pancréatiques aigus*, Lille chir., septembre-octobre 1964, 19, n° 5, pp. 227-232.

[149] Lanouzière J., Régression et psychothérapie des cancers. Les voies nouvelles de la thérapie, *Psychologie française*, juin 1984, vol. 29, n° 2, pp. 151-157.

[150] Lefebvre P., La psyché de la somatose en quête de névrose. Le sentier obstrué, *Rev. franç. de Psychanal.*, 1984, vol. 48, n° 5, pp. 1173-1182.

[151] Léger, Kobel et Case, Chronic pancreatitis and gastro-duodenal ulcer, *Arch. mal. dig.*, juin 1960, 49, n° 6, pp. 727-751.

[152] Le Goues G., Aspects de la vie mentale tardive, *Rev. franç. de Psychanal.*, 1984, vol. 48, n° 5, pp. 1259-1272.

[153] L'Heureux-Le-Bœuf D., Corps malade, corps érotique: un cas d'encoprésie chez un jeune enfant, in *Corps malade et corps érotique*, Paris, Masson, 1984, pp. 1-10.

[154] Lou Andreas Salomé, *Ma vie*, Paris, PUF, 1985, 1 vol., 315 p.

[155] Luminet D., Psychothérapie et psychosomatique: un problème essentiellement «économique»? *Psychothérapies*, 1982, vol. II, n° 4, pp. 161-166.

[156] Luquet P., Tentative de description du fonctionnement psychique et du «moi» à travers les niveaux de conscience, de pensée et de langage, *RFP*, 1983, pp. 2, 539, 565.

[157] Margolin S. G., La signification du terme psychogenèse dans les symptômes organiques, *Ev. psychiat.*, juillet-septembre 1953, pp. 373-386.

[158] Marty P., Les difficultés narcissiques de l'observateur devant le problème psychosomatique, *Rev. franç. de Psychanal.*, juillet-septembre 1952, 12, n° 3, pp. 339-356.

[159] Marty P., La relation d'objet allergique, *Rev. franç. de Psychanal.*, 1950, pp. 22, 350.

[160] Marty P., *Clinique et pratique psychosomatiques. La psychanalyse d'aujourd'hui*, Paris, PUF, 1956, pp. 532-573.

[161] Marty P., de M'Uzan M., David Ch., *L'investigation psychosomatique*, Paris, PUF, 1963.

[162] Marty P. et Llorid J., Fonctionnement mental et fonctionnement somatique, in *Corps et histoire, IV^e Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence*, 1985, Paris, Les Belles-Lettres, 1986, pp. 143-204.

[163] Marty P., A propos des rêves chez les malades somatiques, *Rev. franç. de Psychanal.*, 1984, vol. 48, n° 5, pp. 1143-1161.

[164] Marty P., *Les mouvements individuels de vie et de mort, I: Essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot, 1976, 247 p.

[165] Marty P., Des processus de somatisation, in *Corps malade et corps érotique*, Paris, Masson, 1984, pp. 101-115.

[166] Marty P., *Les mouvements individuels de vie et de mort. II: L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot, 1980, 299 p.

[167] Masson O., Aspects théoriques et cliniques systémiques de la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie, *Psychanalyse à l'Université*, 1979, t. 4, n° 16, pp. 653-669.

[168] Mazza S. et Lombardi R., Phénomènes épileptiques et événements protomentaux, *Perspectives psychiatriques*, 1986, 25^e année, n° 2, pp. 155-161.

[169] Mc Dougall J., *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard, 1978, pp. 184-202.

[170] Mc Dougall J., *L'interprétation de l'irreprésentable. II: Etats psychosomatiques, névrose d'angoisse et hystérie, Etudes freudiennes*, octobre 1981, n° 17-18, pp. 39-53.

[171] Mc Dougall J., *Théâtre du Je*, Paris, Gallimard, 1982, 247 p.

[172] Mc Dougall J., Un corps pour deux, in *Corps et histoire, IV^e Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence*, 1985, Paris, Les Belles-Lettres, 1986, pp. 9-43.

[173] Mann Th., *La Montagne magique*, 1 vol.

[174] Meltzer D., *Le développement kleinien de la psychanalyse: la phénoménologie de l'hypocondrie différence entre l'hypocondrie, les phénoménèses psychosomatiques et la somatisation délirante*, trad. de M. Despinoy et P. Geissmann, Toulouse, Privat, 1987, pp. 79-83.

[175] Meyer B. C., Aspect de la psychothérapie en médecine psychosomatique, *Rev. franç. de Psychanal.*, juillet-septembre 1955, 19, n° 3, p. 357-368.

[176] Michel F. B. *Le souffle coupé*, Paris, Gallimard, 1984, 1 vol., 275 p.

[177] Michelet J., *Journal*, Paris, Gallimard, 1962, 2 vol.

- [178] Miller H. et Baruch D.W., A study of hostility in allergic children, *Am. j. orthopsychiat.*, 1950, 20, pp. 506-519.
- [179] Minochin S. et coll., *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*, Cambridge, Harvard University Press, 1978, 351 p.
- [180] Misenard A. et coll., *L'expérience Balint*, Paris, 1982, I vol., 286 p.
- [181] Mitscherlich A., *Ammertungen über die chronifizierung psychosomatischen geschehens*, in Gerd et Annegret Overbeck, Hambourg, Rowohlt, 1978, pp. 143-169.
- [182] Mitscherlich H., *Die psychosomatic in der Allergie. Rapport au II^e Congrès européen d'Allergologie*, Florence, 1956.
- [183] Mohr G. J., Psychological aspects of ulcerative colitis, *Am. j. gastro-enterol.*, 8 juillet 1960, 34-42.
- [184] Montsallut A. J., Maladies de l'adaptation et médecine psychosomatique, *Rev. franç. de Psychanal.*, 1951, 2, pp. 261-272.
- [185] Moran G. S., De l'interaction entre troubles physiologiques et diabète infantile, *La psychiatrie de l'Enfant*, XXX, 1987, n° 1, pp. 33-58.
- [186] Moreau F., Médecine interne et psychanalyse de l'homme de verre à l'homme qui pense, *Psychanalyse à l'Université*, 1986, t. II, n° 41, pp. 117-128.
- [187] Musshatt C., Psychological aspects of non-specific ulcerative colitis, in *Recent developments in psychosomatic medicine* par Wittkower et Cleghorn, Lipincott-Philadelphie, 1955, pp. 345-363.
- [188] M'Uzan G. de, Relaxation et psychanalyse, *Rev. franç. de Psychanal.*, 1981, vol. 45, n° 2, pp. 379-390.
- [189] M'Uzan G. de, Economie du fonctionnement mental dans les affections psychosomatiques, *Bulletin de la Fédération européenne de Psychanalyse*, 1976, n° 8, pp. 6-10.
- [190] Nacht S. et Held R., Maladies psychosomatiques ou maladies psychosomatiques, *Rev. Méd. psychosom.*, 1960, 2, n° 3.
- [191] Nassikas K., Somatoses et étayage, *Psychothérapies*, 1986, vol. VI, n° 4, pp. 211-216.
- [192] Nenna A. D. et Tainturier C., Modèle psychosomatique et incertitude, *Ev. psychiat.*, 1983, t. 48, fasc. 4, pp. 935-941.
- [193] Neyraut M., *Le transfert*, I vol., Paris, PUF, 1974.
- [194] Obadia J.-P., Qu'il est justifié de récuser le concept de maladie psychosomatique, *Rev. franç. de Psychanal.*, 1984, vol. 8, n° 5, pp. 1197-1208.
- [195] Oeschler, Ueber der Einfluss der psychischen Erregung auf die Sekretion des Galle und des Pankress, *Internat. Beitr. Path. ther. Ernährungsstorn*, 1913, 5, pp. 26-30.
- [196] Overbeck A. et G., Das asthma bronchiale im Zusammenhang familiendynamischer vorgänge, in *Psyché*, Stuttgart, 1978, vol. 32, n° 10, pp. 929-955.
- [197] Pankow G., *Structure familiale et psychose*, chap. V: «Structures familiales et maladies psychosomatiques», pp. 149-170, Paris, Aubier-Montaigne, 1977, 205 p.
- [198] Parcheminey G., La problématique du Psychosomatisme, *Rev. franç. de Psychanal.*, 1948, n° 2.
- [199] Pasini W., L'approche corporelle en psychosomatique, *Psychothérapies*, 1982, vol. II, n° 4, pp. 207-210.
- [200] Pedinielli J.-L., Perdre le souffle: l'insuffisance respiratoire chronique, *Perspectives psychiatriques*, 1986, 25^e année, n° 2, pp. 101-109.
- [201] Perce G., *Penser-Classer*, Paris, Hachette, 1985, I vol., 185 p.
- [202] Poilleux F. et Cousinet G., Deux observations de pancréatites aiguës avec manifestations d'encéphalopathie traitées par les anti-enzymes, *Presse méd.*, 26 octobre 1963, 71, n° 45, pp. 2161.
- [203] Pollock G., The Psychosomatic specificity concept its evolution and re-evolution, *The annal of psychanalysis*, New York, International Universities Press, 1977, vol. V, pp. 141-168.
- [204] Psychopathologie et maladies somatiques, *Perspectives psychiatriques*, 1986, 25^e année, n° 2.
- [205] Quinodoz J.-M., Manifestations somatiques, relation d'objet mélancolique et pulsion de mort au cours du processus psychanalytique, *Bulletin de la Fédération européenne de Psychanalyse*, 1985, n° 25, pp. 101-105.
- [206] Rad L. von et Lolas F., Psychosomatische und psychoneurotische patienten im vergleich, *Psyché*, Stuttgart, 1978, vol. 32, n° 10, pp. 956-973.
- [207] Saada D., Fantasma et psychosomatique, *Etudes psychothérapiques. Le fantasme*, décembre 1978, 34, n° 4, pp. 245-251.
- [208] Sami-Ali M., Cardiologie et psychosomatique. Présentation d'une recherche, *Psychanalyse à l'Université*, 1979, t. 5, n° 17, pp. 163-164.
- [209] Sami-Ali M., Corps, langage et somatisation, *Bulletin de Psychologie*, 1984-1985, XXXVIII, 370, n° 8/11, pp. 417-420.

- [210] Sami-Ali M., Corps reel-corps imaginaire. Pour une épistémologie psychanalytique, *Corps et somatisation. Le tout et les parties*, Paris, Dunod, 1977, pp. 92-116.
- [211] Sami-Ali M., *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*, Paris, Dunod, 1987, 148p.
- [212] Sami-Ali M., Penser le somatique. A propos de «Mars» de Fritz Zorn, *Nouv. rev. de Psychanal.*, 1982, n° 25, pp. 299-308.
- [213] Sami-Ali M., Présentation d'une recherche en psychosomatique, *Psychanalyse à l'Université*, 1977, t. 2, n° 6, pp. 309-310.
- [214] Sami-Ali M., *Le visuel et le tactile. Essai sur la psychose et l'allergie*, Paris, Dunod, 1984, 134 p.
- [215] Sans P., Éléments pour une critique du concept de psychosomatique, *Ev. psychiat.*, 1977, vol. 42, n° 2, pp. 261-274.
- [216] Sapir M., *La formation psychologique du médecin*, Paris, Payot, 1972, 1 vol., 354 p.
- [217] Sapir M. et coll., *Les groupes de relaxation*, Paris, Dunod, 1983, 1 vol., 225 p.
- [218] Sapir M., Corps et filiation, filiation tissulaire, filiation de l'imaginaire, *Psychanalyse à l'Université*, 1979, t. 4, n° 16, pp. 685-696.
- [219] Sapir M., *Soignant-soigné: le corps à corps*, Paris, Payot, 1980, 216 p.
- [220] Sapir M., De soignant à soigné: le corps à corps. Mythe ou champ de recherche, *Ev. psychiatrique*, 1983, t. 48, fasc. 4, pp. 989-1004.
- [221] Sapir M., Trouble fonctionnel ou trouble de la relation, *Rev. Méd. psychosom.*, 1979, 21, n° 4, pp. 417-434.
- [222] Savage C. et Noble D., Cancer of pancreas: 2 cas simultaneous psychogenic illness, *J. nerv. ment. dis.*, juillet-août 1954, 120, pp. 62-65.
- [223] Savitt R. A., Conflict and somatization: psychoanalytic treatment of the psychophysiological response in the digestive tract, *The psychoanalytic quarterly*, 1977, 46, n° 4, pp. 605-622.
- [224] Seguin G. A., *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, L'Arche, 1950, 1 vol., 220 p.
- [225] Sichel J.-P. et Fasla F., La rectocolite ulcérohémmorragique chez l'enfant. Etude psychosomatique, *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1975, vol. XVI, fasc. 1, pp. 7-73.

- [226] Schur M., Zur metapsychologie des somatisierung. Gerd et Annegret Overbeck, *Seelischer konflikt-körperliches leiden*, Hamburg, Rowohlt, 1978, pp. 83-142.
- [227] Sivadon P. et Fernandez-Zoila A., *Corps et thérapeutique. Une psychopathologie du corps*, Paris, PUF, 1986, 226 p.
- [228] Soubiran G. B. et Coste J.-C., *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*, préface de R. Mucchielli, Paris, Doin, 1975, 240 p.
- [229] Sperling M., Psychoanalytic study of ulcerative colitis in children, *Psychoanal. quart.*, 1945, 15, 302, 1946.
- [230] Sperling M., The role of the mother in psychosomatic disorders in children, *Psychosom. méd.*, novembre 1949, 11, n° 6, pp. 377-385.
- [231] Sperling M., *Technique psychothérapeutique en médecine psychosomatique* Bychowski et Despert. Techniques spécialisées de la psychothérapie, Paris, PUF, 1952, 1 vol.
- [232] Stophanos S., Analytical psychosomatics in internal medicine, *The international Review of Psychoanalysis*, 1980, vol. 7, n° 2, pp. 219-232.
- [233] Stephanos S., The contribution of psychoanalytic object theory to psychosomatic medicine, *The Annual of Psychoanalysis*, 1982, vol. X, pp. 187-204.
- [234] Stephanos S., Médecine psychosomatique et analyse des relations d'objet, *Psychothérapies*, 1986, vol. VI, n° 4, pp. 197-203.
- [235] Touhami M., Slaoui A. et Moussaoui D., Le «Balancement asthmatique»: à propos de l'asthme, *Ev. psychiat.*, 1987, 52, n° 4, pp. 989-992.
- [236] Trono C., *Figures de double. L'inconscient entre corps et théâtre*, Paris, Denoël, 1986, 254 p.
- [237] Valabrega J.-P., *Les théories psychosomatiques*, Paris, PUF, 1954, 1 vol.
- [238] Valabrega J.-P., *La relation thérapeutique*, Paris, Flammarion, 1962, 1 vol., 273 p.
- [239] Valla I., Un cas d'obésité (Psychosomatique de l'enfant), *Psychanalyse à l'Université*, 1981, t. 7, n° 25, p. 83-95.
- [240] Verrier A. et Defernand C., Image du corps, identité et sclérose en plaques, *Perspectives psychiatriques*, 1986, 25^e année, n° 2, pp. 125-128.
- [241] Verron M. et Angel P., Pathologies somatiques à l'adolescence. Repères statistiques, *Adolescence*, 1985, t. 3, n° 2, pp. 239-251.

[242] Weiss E. et English S., *Médecine psychosomatique*, Paris, Delachaux & Niestlé, 1952, pp. 53–98.

[243] Winnicott, *Jeu et Réalité*, 1 vol., Paris, Gallimard.

[244] Zepf S. et Gattig E., «Pensée opératoire» und die Todestrieb-hypothese. Kritische Anmerkungen zum theoretischen Konzept der französischen psychosomatische Schule, *Psyché*, 1982, 36, n° 2, pp. 123–138.

[245] Zimeray C., Emilie (psychothérapie d'un nourrisson atteint d'eczéma), *Corps malade et corps érotique*, Paris, Masson, 1984, pp. 11–20.

[246] Ziwar M., Asthme. Allergie in Encyclopédie médico-chirurgicale, *Psychiatrie*, XXXX.

[247] Zuili N. et Nachin C., Le travail du fantôme au sein de l'inconscient et la clinique psychosomatique: à propos du psoriasis, *Annales médico-psychologiques*, 1983 vol. 141, n° 9, pp. 1022–1028.

EDITURA TREI

Str. Pravăț. nr. 2, bl. Z35, ap. 34, sector 6 București.
Fax: 4132886

CARTEA CARE TE AJUTĂ

Editura TREI vă oferă următoarele titluri încă disponibile:

Sigmund Freud, <i>Omul cu șobolani</i>	14 900 lei
Marie Cardinal, <i>Cuvinte care eliberează. Romanul unei psihanalize</i>	19 900 lei
Wilhelm Reich, <i>Funcția orgasmului</i>	19 900 lei
Vasile Dem. Zamfirescu, <i>Nedreptatea ontică</i>	9 900 lei
Dan Oprescu, <i>Filosofia avortului</i>	14 900 lei
Karl R. Popper, <i>Viitorul este deschis</i>	14 900 lei
Georgeta Smeu, <i>Dictionar de istoria românilor</i>	39 900 lei
J.-B. Pontalis, <i>După Freud</i>	19 900 lei
Françoise Dolto, <i>Un psihiatrist vă răspunde</i>	22 900 lei
Peter Gay, <i>Freud. O viață pentru timpul nostru</i>	79 900 lei
Max Scheler, <i>Omul resentimentului</i>	19 900 lei
Élisabeth Roudinesco, <i>Jacques Lacan. Schița unei vieți, istoria unui sistem de gândire</i>	69 900 lei
Alvin Plantinga, <i>Natura necesității</i>	29 900 lei
R. G. Collingwood, <i>O autobiografie filosofică</i>	19 900 lei
Vasile Dem. Zamfirescu, <i>Filosofia inconștientului</i>	19 900 lei

Cărți în pregătire:

Paul Ricoeur, *Despre interpretare. Eseu despre Freud*
Charles Zorgbibe, *Construcția europeană. Trecut, prezent, viitor*
Karl R. Popper, *Mitul contextului*
Ion Ianoși, *Vârstele omului*

Comandând cel puțin trei titluri beneficiați de o reducere de 15%.
Cheltuielile de expediere prin poștă sunt suportate de editură.
Editura își rezervă dreptul de a modifica prețul cărților în funcție de rata inflației.
Cărțile comandate de dumneavoastră și neprimite considerați-le epuizate între timp.

Procesare computerizată



ADISAN
Departamentul editorial

ADISAN COMPUTER SRL



MULTIPRINT

Tipografia MULTIPRINT Iași

Str. Sf. Lazăr 49, Iași 6600

tel: 032 230060

tel/fax: 032 211225, 211252

amnă: unul — folos, iar celălalt — pagubă. Cine știe cauzele pentru care Cerul îl urăște pe cel războinic? Și înțeleptul reușește cu greu să explice aceasta.

Dao crește nu luptă, dar știe să învingă. El nu vorbește, dar știe să răspundă. El vine de la sine. El este liniștit și știe să conducă (lucrurile). Plasa naturii este rară, dar nimic nu trece prin ea.

Capitolul 17

Dacă poporul nu se teme de moarte, ce rost mai are să-l amenințăm cu moartea? Cine silește oameni să se teamă de moarte și socoate că această ocupație este distractivă, pe acela îl voi prinde și-l voi nimici. Cine îndrăznește să acționeze astfel?

De ucis, ucide-ntotdeauna cel însărcinat cu uciderea; a ucide-n locul celui însărcinat cu uciderea, înseamnă să ciopești în locul marelui timplar (**dao**). Cel care, luând locul marelui meșter, taie (cu toporul) își va răni mîna.

Capitolul 15

Poporul flămânzește, deoarece cîrmuirea îi ia dări prea mari. Iată de ce flămânzește (poporul). Este greu să guvernezi poporul atunci cînd cîrmuirea este prea activă. Iată de ce este greu să guvernezi. Poporul moare ușor, pentru că năzuința lui spre viață este prea puternică. Iată de ce moare ușor. Cel care nu-și precupește viața, își prețuiește prin aceasta viața.

Capitolul 16

La naștere omul este delicat și slab, iar după moarte, tare și puternic. Toate ființele și plantele sunt delicate și slabe atunci cînd se nasc, iar cînd pier sunt tari și puternice. Ceea ce este tare și puternic este ceea ce pier, iar ceea ce este delicat și slab este ceea ce începe să trăiască. De aceea o

oaste puternică nu învinge, ci (pierre) asemenea unui copac puternic. Ceea ce este tare și puternic nu are avantajul pe care-l are ceea ce este delicat și slab.

Capitolul 77

Fireșcul **dao** amintește de încordarea arcului. Cînd partea lui de sus se lasă în jos, partea de jos se ridică. Ea înlătură prisosul și-l dă celui care are nevoie. Fireșcul **dao** ia de la cei bogați și dă celor săraci ceea ce li s-a luat. **Dao** omenesc însă, (acționează) dimpotrivă. El ia de la cei săraci și dă cele luate celor bogați. Cine poate să le dea celorlalți tot ce prisosește?

Acest lucru îl pot face numai cei care urmează calea lui **dao**. De aceea, omul înțelept face și nu se folosește de ceea ce a făcut, săvîrșește fapte mărețe și nu se gloriează. El este nobil, pentru că nu are pasiuni.

Capitolul 78

Apa este cea mai moale și cea mai slabă ființă din lume, dar ea este de neînvins în înfrîngerea a ceea ce este solid și puternic, și nimic pe lume nu este de seama ei.

Cei slabi îi înving pe cei puternici, iar ceea ce este moale învinge ceea ce este tare. Acest lucru îl știu toți, dar oamenii nu-l pot înfrîntui. De aceea, omul înțelept spune: ce-l care a luat asupra-și să înjosească țara devine domnitor și cine a luat asupra-și să nenorocască țara devine stăpînitor. Cuvintele adevărate seamănă cu contrariul lor.

Capitolul 79

După potolirea unei mari răscoale, vor rămîne neapărat urmări. Cum putem numi aceasta un bine? De aceea, înțeleptul le face (întotdeauna) bine oamenilor și nu cere de la ei ceea ce le-a dat. Cei buni tind spre înțelegere, iar cei răi